

ROGÉRIO MIRANDA GOMES

**AS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO E A QUALIFICAÇÃO DO
TRABALHO EM SAÚDE**

**Dissertação apresentada como requisito
parcial à obtenção do grau de Mestre, ao
Programa de Pós-Graduação em
Educação – Área Educação e Trabalho,
Setor de Educação, Universidade
Federal do Paraná.**

**Orientadora: Prof^a. Dra. Lígia Regina
Klein.**

CURITIBA

2006

Catalogação na publicação
Sirlei R.Gdulla – CRB 9ª/985
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

G633 Gomes, Rogério Miranda
 As mudanças no mundo do trabalho e a qualificação
 do trabalho em saúde / Rogério
Miranda Gomes. –
 Curitiba, 2007.
 189 f.

 Dissertação (Mestrado) – Setor de Educação,
 Universidade Federal do Paraná.

 1. Trabalho - capitalismo. 2. Trabalhadores. 3. Saúde
 - trabalhadores. 4. Trabalho -
I. Título.

CDD 331.01
CDU 331.1



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO



PARECER

Defesa de Dissertação de **ROGÉRIO MIRANDA GOMES** para obtenção do Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO. Os abaixo-assinados DR^a. LÍGIA REGINA KLEIN, DR^a LÍLIA BLIMA SCHRAIBER, DR^a. CLÁUDIA BARCELOS DE MOURA ABREU e DR. CLAUS MAGNO GERMER argüíram, nesta data, o candidato acima citado, o qual apresentou a seguinte Dissertação: **“AS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO E A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE”**.

Procedida a argüição, segundo o Protocolo aprovado pelo Colegiado, a Banca é de Parecer que o candidato está apto ao Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO, tendo merecido as apreciações abaixo:

BANCA	ASSINATURA	APRECIÇÃO
DR ^a . LÍGIA REGINA KLEIN		Aprovado
DR ^a LÍLIA BLIMA SCHRAIBER		Aprovado
DR ^a CLÁUDIA BARCELOS DE MOURA ABREU		Aprovado
DR. CLAUS MAGNO GERMER		Aprovado

Curitiba, 30 de agosto de 2006.

Prof. Dr. Marcus Aurelio Taborda de Oliveira
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Educação

Prof. Dr. Marcus Aurelio Taborda de Oliveira
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Educação
Mat. 135054

Aos trabalhadores, em especial aos da saúde, que, cotidianamente, ao mesmo tempo em que reproduzem o velho, mesmo sem terem consciência disso, constroem o novo.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Lígia Klein, orientadora e companheira, pela exigência do rigor teórico e pela confiança, que proporcionou com que estabelecesse comigo uma relação de “liberdade vigiada”.

A todos os colegas e companheiros do Espaço Marx de Curitiba com quem venho trilhando ao longo desses últimos cinco anos a difícil caminhada de tentar apreender alguns rudimentos do materialismo dialético.

Ao Prof. Claus Germer, mestre e companheiro, cuja parcela de contribuição para a construção de uma nova sociedade tem se dado através da dedicação de uma vida à construção de sujeitos críticos.

À Prof^a Lilia Schraiber a quem, ao agradecer, agradeço a todos os mestres da saúde coletiva e pública brasileiras, tanto do presente, como os “Merhys”, “Gastões”, quanto do passado, como as “Donnangelos” e “Ricardos” que, com sua produção teórica e militância prática iluminam o que há de mais avançado no movimento sanitário brasileiro.

A todos os companheiros, sanitaristas e demais trabalhadores da saúde no Paraná, com quem venho trabalhando/militando nos últimos anos pela construção de práticas de saúde mais humanas e emancipadoras.

“Los hombres sin historia son la historia
Grano a grano se forman largas playas
y luego viene el viento e las revuelve,
borrando las pisadas e los nombres
(...) pobre hombre de arena.”

Silvio Rodriguez

SUMÁRIO

RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	11
2 A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO – ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS.....	19
2.1 A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO NO PERÍODO PRÉ-CAPITALISTA.....	26
2.2 O CAPITALISMO E A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO.....	29
2.3 A COOPERAÇÃO SOB O CAPITALISMO E A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO.....	33
2.4 A DIVISÃO MANUFATUREIRA E SEUS IMPACTOS SOBRE A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO.....	37
2.5 OS IMPACTOS DA MAQUINARIA E DA GRANDE INDÚSTRIA SOBRE A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO.....	46
2.6 AS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO SOB O CAPITALISMO ATUAL E SEUS IMPACTOS SOBRE A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO.....	53
2.7 TENDÊNCIAS GERAIS DA QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO SOB O CAPITALISMO.....	59
3 A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO EM SERVIÇOS.....	67
3.1 TRABALHO EM SERVIÇOS: IMATERIAL?.....	71
3.2 TRABALHO EM SERVIÇOS: IMPRODUTIVO?.....	75
3.3 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO EM SERVIÇOS.....	80
4 O TRABALHO EM SAÚDE E AS RELAÇÕES SOCIAIS.....	83
4.1 O OBJETO DO TRABALHO EM SAÚDE: AS CONCEPÇÕES ACERCA DO CORPO; DO NORMAL E PATOLÓGICO; DA SAÚDE E DA DOENÇA.....	84
4.2 O TRABALHO EM SAÚDE E AS NECESSIDADES HISTÓRICAS DO CAPITALISMO.....	91
5 A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE SOB O CAPITALISMO.....	102
5.1 A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE ADVINDA DO FEUDALISMO.....	103
5.2 A PRIMEIRA FORMA DO TRABALHO EM SAÚDE SOB O CAPITALISMO.....	108

5.3 OS IMPACTOS DA CONSTITUIÇÃO DO TRABALHO COLETIVO SOBRE A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE.....	118
5.4 O PAPEL DA TECNOLOGIA E SEUS IMPACTOS SOBRE A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE.....	131
5.5 TENDÊNCIAS E CONTRADIÇÕES DA QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE SOB O CAPITALISMO ATUAL.....	142
5.5.1 O trabalhador coletivo em saúde e suas contradições.....	143
5.5.2 Polêmicas acerca do papel da tecnologia no trabalho em saúde atual.....	150
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	180
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	191

RESUMO

A partir do século XVII, com a progressiva consolidação das relações sociais capitalistas, começam a se manifestar novas ordens de determinação sobre a configuração do trabalho em saúde. As necessidades postas pela sociabilidade nascente acabam por impor ao trabalho em saúde transformações a fim de corresponder às novas demandas, representadas, principalmente, pelo papel que passa a caber ao corpo como suporte orgânico da força de trabalho. Logo, reconfigura-se o trabalho em saúde que passa a ser permeado por diversas características concernentes ao trabalho social sob essa sociedade, como: coletivização do processo produtivo; progressiva fragmentação na forma de divisão técnica do trabalho; especialização progressiva dos trabalhadores em campos parcelares de saberes e práticas; profundo desenvolvimento tecnológico consubstancializado, seja em equipamentos, seja em saberes e técnicas. Esses aspectos gerais, quando internamente ao trabalho em saúde, apresentam-se sob formas particulares de maneira a corresponder às características próprias da complexidade do trabalho em saúde e de seu objeto. Nessa dissertação procedemos a uma análise acerca do impacto de todos esses elementos sobre o processo histórico de qualificação do trabalho em saúde. Processo que, ao ser influenciado pelas mudanças atuais no “mundo do trabalho”, apresenta-se contraditoriamente, pois, ao mesmo tempo em que reproduz relações instituídas proporciona o surgimento de formas “tensionadoras” dessas mesmas relações.

Palavras-chave: Qualificação do trabalho; trabalho em saúde; mudanças no “mundo do trabalho”.

ABSTRACT

From the XVIIIth century on, with the progressive consolidation of capitalistic social relations, new types of determination on labor arrangements in health start to arise. New needs set upon by the newborn sociability end up imposing transformations to work in health, in order to answer to the utmost role now to be played by the body as the organic support of labor power. Thus, work in health assumes several aspects which are essential to social work in this society: collectivization of the production process; progressive fragmentation in the technical division of labor; continuing specialization of workers in partial realms of knowledge and of practices; sharp technological development applied either to equipments or to knowledge and practice. These main features, when applied to work in health, present themselves in specific ways, in order to correspond to the complexity of the labor process in health and its object. In this paper we present an analysis of the impact of all these elements on the historical process of qualification of labor power in health. In the last decades, along with the recent changes in the “laboring world“, this process shows a contradictory form , for, at the same time as it adopts institutionalized labor relations, it allows the uprising of “challenging” forms of these relations.

Key words: labor power qualification; work in health; changes in the “laboring world”.

1 INTRODUÇÃO

Passa uma borboleta por diante de mim
 E pela primeira vez no Universo eu reparo
 Que as borboletas não têm cor nem movimento,
 Assim como as flores não têm perfume nem cor.
 A cor é que tem cor nas asas da borboleta,
 No movimento da borboleta
 o movimento é que se move.
 O perfume é que tem perfume no perfume da flor.
 A borboleta é apenas borboleta
 E a flor é apenas flor.
 (PESSOA, 2006: 79)

Quando nos deparamos com algum artigo/elaboração cujo objeto central seja a qualificação do trabalho, imediatamente uma primeira impressão sentida relaciona-se à idéia de que nos encontramos frente a um trabalho que percorrerá o caminho sinuoso e focal da análise acerca dos conteúdos e metodologias específicos do processo de formação técnica referente a alguma forma particular de trabalho. Não é esse o objetivo desse trabalho. Como o leitor poderá perceber, esse aspecto – a formação técnica – refere-se a, apenas, uma dimensão do complexo processo ao qual estamos nos referindo como qualificação do trabalho em saúde e não será aqui privilegiado por nós. Em relação a essa dimensão há um sem número de elaborações e publicações acadêmicas e institucionais que se multiplicam cotidianamente com o objetivo de orientar os diferentes processos formativos dos trabalhadores em saúde, seja nos aparelhos formadores, seja nos próprios serviços, podendo o leitor encontrar algumas sugestões em nossas referências bibliográficas.

Nossa tentativa com essa dissertação é outra. A qualificação do e para o trabalho, a nosso ver, compreende um processo histórico bastante complexo e multi-determinado, cuja compreensão somente pode ser possível a partir de um processo de investigação que propicie a apreensão desses aspectos e determinações em suas mais diversas, e nem sempre visíveis, formas. As diferentes propostas de formação técnica, com suas metodologias e conteúdos, não são mais do que produtos desse processo. Não basta deter-se à análise desses produtos, pois, estes tendem a ocultar o processo de sua produção.

Um processo de investigação pressupõe um método, uma forma de investigar, compatível com o conteúdo que se deseja investigar e com os fins que se deseja alcançar. Portanto, compreendemos forma e conteúdo como elementos de uma mesma unidade, contraditórios é verdade, porém indissociáveis. Pensamos que o método até hoje construído pelo pensamento humano que melhor propicia uma apreensão do real em sua toda sua complexidade, transitoriedade e contraditoriedade consubstancializa-se sob a forma do *materialismo dialético*. Esse método propicia-nos a apreensão do nosso objeto – a qualificação do trabalho em saúde – como expressão *particular* de um processo histórico mais amplo, determinado pelas relações sociais que os homens estabelecem entre si na produção da sua existência. Cabe aqui uma ressalva importante. Não pensamos, é fundamental ressaltar, o particular, como transposição ou como reflexo ao plano microscópico de um universal cristalizado. Assim não concordamos com as críticas, comuns aos trabalhos que utilizam esse método, de que, no afã de identificar os “processos gerais” no trabalho em saúde, deixamos de perceber suas “ricas e complexas particularidades”. As categorias de análise *singular/universal/particular* são expressão do processo pelo qual os homens teorizam o real. Isto é, o modo pelo qual constroem o conhecimento, através de processos sucessivos de conformação de categorias abstratas a partir da identificação de características universais nos diferentes fenômenos concretos, singulares. Será a partir desse *universal*, obtido através de processos sucessivos de abstração, que será possível adentrar o conhecimento dos fenômenos particulares. O *universal*, portanto, em última instância, “está” e “não está” no *particular*. Elaboraões que tentam apreender os fenômenos através de métodos formalizadores do real, via de regra, confundem categorias de análise com descrição das formas aparentiais. Ainda hoje se repetem as polêmicas acerca de se determinados “trabalhos específicos” passam pelos mesmos processos de desenvolvimento descritos para o trabalho social sob o capitalismo. Ora, nenhum trabalho particular passa “exatamente” pelos processos tais como descritos na concepção universal do trabalho social sob o capitalismo. Mas é a compreensão dos processos universais pelos quais passa o trabalho social sob o capitalismo que permite compreender as apresentações dos diferentes trabalhos particulares. Hegel usava a

metáfora do bosque e das árvores para demonstrar esse movimento, dizia ele: “Primeiramente queremos ter uma visão total de um bosque, para depois conhecer demoradamente cada uma das árvores. Quem considera as árvores primeiro e somente está pendente delas, não se dá conta de todo o bosque, se perde e se desnor-teia dentro dele” (HEGEL, 1983: 25).

Portanto, a fim de conseguirmos ter sucesso na apreensão de nossa “árvore” – a qualificação do trabalho em saúde – partiremos de uma análise do “bosque”: a qualificação do trabalho social sob o capitalismo.

Ainda em relação ao nosso método, essas categorias - singular, particular, universal – também nos auxiliam a compreender a relação entre sujeitos e sociedade. A determinação da segunda sobre os primeiros e também seu inverso. Porém, segundo esse método, a determinação dos sujeitos sobre a sociedade não se dá como ação de indivíduos, mas de coletividades. E a coletividade, como sabemos, não se resume à soma dos indivíduos, mas aos desdobramentos das relações complexas entre eles estabelecidas e independentes de suas vontades individuais. Assim, embora os processos históricos pelos quais passa o trabalho humano em suas mais diversas apresentações sejam realizados pelos homens, o são na forma de coletividades, e não de indivíduos, expressas nas relações históricas estabelecidas entre eles. Isso nos faz identificar as transformações contínuas no “mundo do trabalho” como necessidades históricas (necessidades da história feita pelos homens) postas para os mesmos no permanente processo de produção de suas existências.

Esse método nos leva a compreender o trabalho, esse processo através do qual os homens produzem sua existência, como integrante de um movimento contínuo, constituído por múltiplas contradições; movimento que, ao mesmo tempo em que resolve algumas contradições no seu desenvolvimento, estabelece outras questões para a humanidade. Portanto, o leitor poderá perceber que não guiará nossa análise o apego a concepções valorativas acerca desse movimento, por entendermos as transformações como, para além de “boas” ou “más”, necessárias sob certas relações instituídas ou instituintes.

Para análise de nosso objeto recorreremos aos elementos do real de forma duplamente mediada. Por um lado, a mediação imprescindível de nosso referencial teórico-metodológico, como já explicitamos. Por outro lado, não procederemos a um estudo de base diretamente empírica. Recorreremos a obras de outros autores que abordam ou apresentam interface com nosso objeto. Isso, porque pensamos que nossa contribuição, nesse momento, não se dará no sentido de evidenciar mais fenômenos concretos pertencentes ao movimento histórico de transformações pelas quais passa a qualificação do trabalho em saúde. Pudemos perceber a existência de vários trabalhos que já apresentam essas evidências, trabalhos que já procederam à extenuante e importante coleta de dados do real acerca desse processo. Todavia, pensamos que a maioria desses trabalhos evidencia mais um ou outro aspecto desse movimento. Alguns, por exemplo, centram sua análise na constituição histórica de um trabalhador da saúde (médicos, ou enfermeiros, ou dentistas etc.). Outros elegem como objeto de sua análise a constituição do trabalhador coletivo, ou o papel da tecnologia no trabalho em saúde. Enfim, constituem-se em diferentes olhares sobre um mesmo objeto, ou apreensões fidedignas de alguns aspectos de um mesmo real, vários deles admitindo os outros aspectos, mas concentrando-se em algum(s) específico. Nossa tentativa e desafio, nessa dissertação, é demonstrar suas interconexões e interdependências no complexo movimento que constitui historicamente a qualificação do trabalho em saúde. Trata-se, portanto, de (re)interpretar dados já obtidos, evidenciar-lhes novas contradições e sentidos, não necessariamente negando aqueles já evidenciados. Não abstraímos a importância que o trabalho de coleta empírica de evidências apresenta nos processos de pesquisa, fazê-lo seria demonstrar uma miopia negadora de toda a concepção metodológica explicitada por nós ainda há pouco. No entanto, pensamos, que no caso de nosso objeto as diferenças e polêmicas entre as elaborações teóricas encontram-se menos nessa parte da pesquisa (o trabalho de campo), e mais no referencial teórico-metodológico que, conseqüentemente, por vezes, leva a conclusões diversas sobre dados semelhantes. Utilizar-nos-emos, pois, das contribuições de vários autores, principalmente aqueles que compartilham conosco do mesmo método de interpretação da realidade, mas não somente, pois reconhecemos em autores com

outros referenciais teóricos, por vezes incompatíveis com os nossos, importantes contribuições advindas de tentativas de apreensão do complexo objeto ao qual se refere o trabalho em saúde. Reconhecer essas tentativas como importantes nos obriga, portanto, a recorrer a elas, como representantes do acúmulo histórico da humanidade nesse campo específico do conhecimento, a fim de nos subsidiarem em nossas futuras elaborações.

Temos clareza dos riscos que tal empreitada enseja, entre eles, o principal talvez seja o de, pela amplitude do objeto, incorrer em análises superficiais e repetitivas. Todavia, temos claro que nosso principal objetivo com essa dissertação é apreender e demonstrar a existência de um *movimento*, aquele pelo qual se desenvolve a qualificação do trabalho em saúde sob o modo de produção capitalista em sua fase monopolista. Menos central para nós será aprofundar detalhadamente cada aspecto de uma ou outra forma desse objeto ao longo do processo histórico, senão demonstrá-lo em movimento, pois, a nosso ver, as formas são todas transitórias. Descrever as diferentes formas, recorrendo a outros autores, não se constituirá em um fim em si mesmo. Diferente disso, esse processo terá o objetivo de demonstrar o caráter transitório e contraditório dessas formas evidenciando os mecanismos internos de suas transformações. Deter-nos-emos pormenorizadamente na, não menos complexa, tarefa de, através da análise desses mecanismos internos, tentarmos apreender possíveis tendências desse movimento, que poderão nos expor características de seu *devenir*.

Entendemos também que essa dissertação não possui um fim em si mesmo, mas carrega consigo uma tarefa futura, para além desse trabalho, de fundamental importância, que é a necessidade de voltar a relacionar as elaborações advindas desse estudo com o real de forma que, ao mesmo tempo em que as testamos, possamos “realimentá-las”, repensá-las, para que possam adquirir, assim, a relevância social a qual se propõem. Só assim poderá cumprir sua finalidade última: servir de instrumento auxiliar de intervenção sobre o trabalho em saúde, por parte daqueles que o realizam cotidianamente.

Esse trabalho se divide em quatro capítulos. O primeiro deles tem o objetivo de expor mais pormenorizadamente nosso referencial teórico-metodológico e suas

principais categorias de análise. Entre essas categorias, damos especial importância à exposição, para o leitor, da concepção que utilizamos acerca da qualificação do trabalho. Ao mesmo tempo, evidenciamos o método já em uso, ou seja, servindo de instrumento para apreensão dos processos de transformações pelos quais passa a qualificação do trabalho social sob o modo de produção capitalista até os dias atuais.

O segundo capítulo refere-se à aplicação dessas categorias de análise a uma forma particular de trabalho social, o chamado “trabalho em serviços”, a fim de compreender seu processo de qualificação sob as relações capitalistas. Não são isentas de polêmicas as compreensões acerca desse processo e tentamos abordá-las em seus principais aspectos como forma de irmos delineando algumas características particulares que estarão presentes no caso do trabalho em saúde.

No terceiro capítulo, começamos a proceder a uma análise mais conceitual acerca do trabalho em saúde, suas principais categorias e as relações que se estabelecem entre o mesmo e as relações sociais. Compreendendo esse processo como uma totalidade rica e complexa, fazemos um exercício de tentar apreender as raízes de suas determinações mais fundamentais. Detemos-nos de forma mais pormenorizada na análise acerca dos conceitos de normal, patológico e procuramos delinear o caráter histórico do objeto do trabalho em saúde que, sob as relações capitalistas consubstancializa-se na figura do corpo.

Ao quarto capítulo caberá o espaço para analisarmos como se conforma a qualificação do trabalho em saúde à sociabilidade do capital. Inicialmente, analisamos como a qualificação aparece sob as relações feudais a fim de demonstrar seu processo de transformação sob o capitalismo. A partir daí procuramos analisar como o trabalho em saúde sob o capital passa a adquirir características novas que o colocam no campo do trabalho em geral sob o capitalismo. Esse processo é analisado em toda a sua contraditoriedade, pois, se por um lado o trabalho em saúde passa a apresentar características semelhantes ao trabalho em geral sob o capitalismo, por outro mantém características próprias que lhe conferem peculiaridades que podem limitar o grau de absorção pelo capital. É analisada a constituição do trabalho coletivo em saúde a partir da consolidação dos espaços institucionais que passam a apresentarem-se como

unidades produtivas da assistência à saúde. Também constitui aspecto de análise o impacto da progressiva incorporação tecnológica à área de saúde e suas conseqüências sobre a organização do trabalho e a constituição do trabalhador coletivo. Por fim, tentamos demonstrar a existência de várias contradições inerentes a esse processo e as tentativas que surgem em experiências concretas de trabalho visando resolvê-las, superá-las.

Por fim, são importantes mais algumas considerações acerca, não do método, mas da metodologia. Ao nos dedicarmos a analisar a qualificação do trabalho em saúde estamos nos referindo aos processos assistenciais em saúde, os serviços de saúde propriamente ditos. Não incluímos como objeto de estudo, a análise de setores produtivos outros que possuem relação, mesmo que estreita, com o trabalho assistencial. É o caso dos processos produtivos de medicamentos e insumos da área de saúde e também das indústrias produtoras de equipamentos nessa área. Como o leitor poderá perceber, fizemos uma opção consciente de privilegiarmos os aspectos das transformações do trabalho em saúde que ocorrem ou expressam-se na esfera da produção interna dessas práticas. Por isso, embora tenhamos analisado, não nos detivemos com minúcias no estudo, por exemplo, dos aspectos referentes ao comércio dos serviços de saúde, sua relação com a oferta e a procura, além das diferentes formas de vínculos trabalhistas a que estão sujeitos os trabalhadores da saúde com o processo de proletarianização. Embora façamos referência a transformações em nosso objeto sob o modo capitalista de produção, dedicamo-nos à análise mais pormenorizada de uma formação social particular, a brasileira, devido ao maior acesso a dados e produções teóricas relativas a esse país. Também é importante ressaltar que a maioria de nossas análises refere-se a elaborações e observações acerca dos serviços estatais de saúde, embora nos dediquemos a analisar também os serviços privados. Isso por dois motivos. O primeiro refere-se ao fato de que a constituição do trabalho coletivo em saúde ganha uma dimensão maior e mais complexa com a constituição dos serviços estatais. No caso do estado as diversas unidades produtivas ganham a dimensão de um sistema planejado, o que aumenta muito sua complexidade. Diferentemente, os serviços privados funcionam como empresas de capitalistas privados concorrendo em

um mercado anárquico e regulado por outras demandas que não as necessidades da população. A nosso ver, o primeiro caso representa um salto qualitativo em relação ao segundo, possibilitando transformações que no caso do segundo não são possíveis. O segundo motivo refere-se mais a uma opção política do autor. Como entendemos que a produção das práticas em saúde, quando existentes predominantemente sob a forma *mercadoria*, tem o seu potencial muito restringido em relação à possibilidade de servirem como instrumentos de auxílio à construção de “modos de andar a vida” mais autônomos, mais emancipados, seja na esfera individual, seja na coletiva, preferimos analisar prioritariamente e, conseqüentemente, propor intervenções em outro espaço, qual seja, o estatal.

2 A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO – ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

O que vive fere.
O homem,
porque vive,
choca com o que vive.
Viver
é ir entre o que vive.
(...) O que vive choca,
tem dentes, arestas, é espesso.
(...) Como todo o real é espesso.
(MELO NETO, 1997: 83-84)

Temos visto no meio acadêmico em geral a difusão cada vez maior de idéias e trabalhos (GORZ, 1987; OFFE, 1991; SOUZA SANTOS, 1994; CASTELLS, 1998; DE MASI, 2000; LAZZARATO & NEGRI, 2001) cujo principal elemento é a crítica ao *trabalho* como categoria central e fundante de qualquer sociedade humana. Esses trabalhos, em sua grande maioria, reconhecem a importância que o trabalho “representou” para a humanidade até algumas décadas atrás, tanto no que se refere à produção material quanto em relação ao papel determinante que exerceu nas formas de relação entre os homens – suas concepções, teorias, subjetividades etc. No entanto, argumentam, em maior ou menor grau, que vivemos um momento histórico em que o grande desenvolvimento tecnológico, associado a novas formas de relações entre os homens, vem tornando o trabalho humano cada vez menos importante e determinante em sua sociabilidade. Como consequência disso, aquelas categorias explicativas advindas do “modo como os homens trabalham” como, por exemplo, classes sociais, relações de produção, formas de propriedade, entre outras, estariam perdendo capacidade explicativa em relação aos fenômenos da realidade. Em seu lugar estariam ganhando importância outras categorias e conceitos – redes sociais, subjetividade, informação, gênero, etnia, ócio - por apresentarem maior correspondência com as constantes “transformações” do mundo contemporâneo. Para esses autores teria havido uma mudança qualitativa do período histórico compreendido entre a revolução industrial e algo em torno da década de 70/80 para o período pós-década de 80. Por

isso, ganham notoriedade expressões que remetem a essa mudança de período, como, por exemplo, “pós-modernidade”, “pós-industrial”¹, entre outras. Vários fatores são elencados para evidenciar essa transformação, entre eles: uma maior automatização do processo industrial; o surgimento de um modelo de acumulação flexível; uma crescente liberação da força de trabalho; a comunicação e a inter-relação crescentes entre diferentes etnias, povos; a constituição de formas atípicas de relações de trabalho para além da contradição capital/trabalho; entre outros.

Não consiste em nosso objetivo nesse estudo discutir os vários aspectos citados acima – eles, por si só, justificariam várias outras dissertações - embora pensemos serem fundamentais para uma melhor compreensão do período histórico em que vivemos. Devemos, no entanto, responder a uma questão: em tempos de tantos “pós-”, que, em última instância, significam “pós-trabalho”, como se justifica um esforço em elaborar um estudo que tenha como objeto o processo de trabalho? Mais especificamente um aspecto do processo de trabalho, a qualificação? Para responder a essa questão, justificando dessa forma esse estudo, pensamos ser fundamental explicitar qual a nossa compreensão acerca do trabalho humano e quais as consequências que essa concepção enseja. Assim estaremos, a nosso ver, fornecendo elementos que podem tornar a análise das questões apontadas acima mais rica e constituída de um caráter de totalidade. Cabe, portanto, explicitarmos porque no decorrer dessa dissertação fazemos da qualificação do trabalho – mais especificamente do trabalho em saúde - nosso objeto de estudo.

Como explicitamos anteriormente, temos no *materialismo dialético* o nosso método-guia por entendermos ser este o que mais fidedignamente consegue nos dar elementos para apreender o real em sua totalidade. Não significa que por termos um método eficiente consigamos necessariamente apreender todas as “múltiplas determinações” do real; significa, no entanto, que podemos desenvolver o potencial de fazê-lo. Ao expor isso estamos demonstrando que estaremos recorrendo no decorrer da

¹ São inúmeras as novas denominações dadas ao atual período histórico. Algumas delas são: sociedade do tempo livre e/ou sociedade do conhecimento (MANSELL, 1996; MASI, 1999), sociedade pós-industrial (BELL, 1973; GORZ, 1994), economia em rede (CASTELLS, 1998), sociedade da informática e/ou da informação (SCHAFF, 1995; LOJKINE, 1995). (citados por POCHMANN, 2001).

discussão acerca do processo de trabalho às categorias marxianas acerca do trabalho e da realidade social como auxílio à difícil tarefa de apreensão da qualificação do trabalho em saúde em toda sua complexidade.

Pois bem, como nosso estudo acerca do trabalho passa necessariamente pela análise da sociedade humana em seu desenvolvimento histórico, cabe, inicialmente, definir aquele que para nós é o primeiro pressuposto da história humana. Estamos nos referindo à existência concreta do ser humano enquanto tal. Para discutirmos elementos da sociedade humana é necessário que o ser humano exista. E aqui surge a primeira questão a ser resolvida pela humanidade. A existência do ser humano não é dada; precisam os seres humanos produzir as condições da sua existência a partir do que encontram na natureza. Por isso, para Marx e Engels (2002) os homens produzindo os meios de produção da sua existência constituem o primeiro *Ato Histórico*, ou seja, o primeiro ato da história da humanidade. Logo toda a construção das sociedades humanas se edificará sobre essa necessidade fundante do ser: produzir os meios de produção da sua existência. Para realizar esse ato fundamental o homem precisa se valer daquilo que encontra disponível para tal, qual seja, a natureza. É a partir da relação estabelecida com a natureza que os homens produzirão as condições para a sua existência. Porém, no decorrer da história, os homens não conseguiram realizar esse processo de maneira isolada, individual. Pelas suas próprias características físicas limitadas, a associação entre os homens surge como necessidade histórica para a realização desse *Ato Histórico*. A esse processo de relação que os homens estabelecem entre si e com a natureza a fim de produzirem sua existência denominamos genericamente *trabalho*. O *trabalho* diferencia-se das ações produzidas por outros animais visando à sobrevivência, pois o homem, antes de executar uma ação prática, elabora em sua mente o projeto a ser executado, planeja o ato. Em relação a essa particularidade exclusiva da espécie humana, o caráter *teleológico* do trabalho, já é amplamente conhecida essa clássica passagem do autor, onde diz que “o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador.”(MARX,

2001: 211-212). Diferentemente, portanto, dos outros animais que agem por instinto e subjugados à natureza o homem subjugua a natureza às suas necessidades.

Esse “produzir a existência” não deve ser apreendido como algo cristalizado, definido. Pelo contrário, deve ser entendido como, além de pressuposto, produto da história humana. Isso porque os homens ao se relacionarem entre si e com a natureza para satisfazerem determinadas necessidades iniciais transformam essa natureza e a si próprios. Essas transformações, por sua vez, determinam um outro homem, com outras necessidades a serem satisfeitas. Se produzir a existência do homem primitivo correspondia à produção de alimentos e proteção, produzir a existência do homem atual envolve, além disso, a satisfação de um sem número de outras necessidades sociais, culturais, subjetivas. Aqui encontramos os elementos que nos levam a refutar várias das teses acima citadas, principalmente aquela que advoga um possível fim da “sociedade do trabalho”. Ora, o trabalho assim compreendido, como processo de produção da existência humana, como processo que proporciona a satisfação de necessidades, é inerente – e fundante – de toda e qualquer sociedade humana. A essa característica totalizante dessa atividade essencialmente humana, Lukács (1979) definirá como o caráter *ontológico* do trabalho. Não sendo possível, portanto, a existência de uma “sociedade sem trabalho”. Os autores que advogam um possível “fim do trabalho”, por não possuírem um método que lhes proporcione uma apreensão da sociedade humana como processo histórico, prendem-se a um momento deste e o universalizam. Confundem uma determinada forma de trabalho com “o trabalho”. Veremos à frente que a base desse equívoco encontra-se na confusão entre duas dimensões diferentes do trabalho: o trabalho como produtor de *valores de uso* (trabalho concreto) e o trabalho como produtor de *valor* (trabalho abstrato). Um é constituinte e constituidor do humano, enquanto o outro é uma forma histórica do trabalho, a forma como este se apresenta em sociedades onde os produtos do trabalho adquirem a forma *mercadoria*. Voltaremos a isso mais à frente.

Voltando à produção e reprodução da existência, veremos que os homens a realizam com base em certas condições, quais sejam, as condições da natureza e os meios possíveis de intervenção sobre a mesma. A primeira condição se refere àquilo

que os homens encontram “disponível” no meio natural. A segunda se refere aos instrumentos que os homens produzem para intervir sobre a natureza, os meios de trabalho. Esses meios referem-se aos instrumentos de trabalho, recursos tecnológicos, ciência, saberes e tudo mais o que sirva de mediação entre homens e natureza com fins a submetê-la a suas necessidades. Ao conjunto formado por homens, meios de produção e condições da natureza, Marx (2001) denominou como *forças produtivas* do trabalho. Segundo ele, as próprias relações que os homens estabelecem entre si para produzirem sua existência – *relações sociais de produção* – acabam por serem condicionadas pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas. Todavia, esse condicionamento não se dá de forma unilateral. As relações de produção, por sua vez, também acabam por influenciar o grau de desenvolvimento das forças produtivas. Essas duas categorias estabelecem, assim, uma relação de determinação recíproca. Relação que carrega dentro de si sempre uma tensão permanente, contraditória que, por vezes, coloca em pólos antagônicos forças produtivas e relações de produção. Ao nos referirmos a essas duas categorias, não podemos deixar de entendê-las como abstrações, ou seja, representações ideais de aspectos da realidade. E, em última instância, esses aspectos referem-se a conseqüências da ação humana. São os homens os sujeitos históricos que desenvolvem as forças produtivas e estabelecem relações sociais de produção. Por isso, pode-se dizer que “os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, ligadas e transmitidas pelo passado.”(MARX, s/d: 199). Isso é importante para evitarmos o equívoco de darmos a essas relações uma autonomia que elas não têm. Os homens, portanto, são determinados por certas relações existentes, porém, foram eles, como gênero, através de gerações anteriores, que estabeleceram anteriormente estas mesmas relações e são eles que as reproduzem cotidianamente.

Podemos ver que essa concepção acerca da história humana apresenta o homem como um ser essencialmente prático, interventor sobre o mundo. É através de ações práticas visando satisfazer suas necessidades que os homens estabelecem relações e produzem a sociedade humana. Essa sociedade humana é produzida, portanto, como

resultado do trabalho. A própria percepção da realidade – as idéias, os conhecimentos – é apreendida a partir da ação prática dos homens sobre a natureza. Os conhecimentos são produzidos a partir dos problemas colocados pela realidade prática e, uma vez elaborados, contribuem para novas intervenções sobre essa mesma realidade, transformando-a e, por sua vez, dando origem a novos conhecimentos. Esse é o princípio da *práxis*: teoria e prática conformam pólos indissociáveis de uma mesma relação permanentemente “tensa” e, embora com o movimento ininterrupto apresente-se um processo de determinação recíproca entre eles, seu princípio último de determinação é material (VÁZQUEZ, 1986). Logo, as idéias, em última instância, são interpretações acerca do mundo material e não o contrário.

O trabalho, dessa maneira, é simultaneamente ação prática e reflexão acerca da realidade. E do ponto de vista do ato do trabalho, é sempre planejamento e execução, trabalho manual e trabalho mental. Por mais que diferentes apresentações do trabalho diferenciem-se com relação ao espaço que cada uma dessas dimensões – manual e intelectual – ocupa, em qualquer forma de trabalho ambas estão presentes. Veremos à frente que não significa que essas duas dimensões devam estar necessariamente consubstancializados no mesmo sujeito. Pelo contrário, o desenvolvimento da história humana progressivamente estabeleceu uma relativa divisão entre os sujeitos realizadores dessas duas práticas (LEFEBVRE, 1979).

Uma vez analisado o papel do trabalho na história humana, cabe inserir a discussão acerca do que seria a qualificação para o trabalho. Já que do trabalho dos homens depende sua existência, a qualificação para o trabalho adquire uma importância central. Como vimos, a sociedade humana desenvolve-se a partir da eterna luta dos homens para satisfazerem suas necessidades. É a partir dessa luta que eles conhecem, dominam e transformam a natureza, extraíndo daí as condições para satisfação de suas necessidades. Também é a partir desse processo que os homens desenvolvem instrumentos, técnicas, conhecimentos que permitem realizar mais eficientemente suas tarefas. A esse processo, de constante aumento da capacidade dos homens de satisfazerem suas necessidades, que depende fundamentalmente da produtividade do trabalho denomina-se grau de desenvolvimento das forças

produtivas. A questão da qualificação do trabalho encontra-se diretamente relacionada a esse processo, principalmente ao aspecto subjetivo dessa produtividade do trabalho, ou seja, refere-se à adequação do trabalhador ao processo produtivo. “Em síntese, a qualificação do e para o trabalho compreende a adequação ou preparo para atividade prática ou função propriamente dita, tanto manual quanto intelectual, e decorre de atividades voltadas à produção em geral, realizadas com diversas finalidades.”(SILVA, 2005: 22).

Essa adequação também se faz historicamente sendo dependente de múltiplos fatores relacionados ao processo de produção e às formações sociais dele decorrentes. A qualificação exigida para o trabalho de um artesão, por exemplo, não é a mesma exigida para um trabalho industrial.

Alguns autores (MACHADO, 1994; SILVA, 2005) incluem nesse campo da qualificação para o trabalho, além da qualificação técnica – manual e intelectual – um componente superestrutural. Vejamos a que Marx se refere quando forja essa categoria, a *superestrutura*.

Na produção social da sua existência, os homens estabelecem relações determinadas, necessárias, independentes da sua vontade, relações de produção que correspondem a um determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas materiais. O conjunto destas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base concreta sobre a qual se levanta a superestrutura jurídica e política e à qual correspondem determinadas formas de consciência social. O modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual em geral (MARX, 1977: 24).

O grau de desenvolvimento das forças produtivas sob certas relações sociais de produção, portanto, estabelece um princípio de determinação sobre a conformação de toda a forma de sociabilidade correspondente. As instituições políticas, jurídicas, os valores, a moral, a religião, as idéias, a filosofia refletem, em última instância essas relações. Além de surgir como consequência das relações sociais de produção hegemônicas, a superestrutura legitima essas mesmas relações e as reproduz. De determinada a superestrutura passa a ser determinante. Passa a ser função da superestrutura, legitimar a existência de certas formas de produzir, pois assim ela as estará reproduzindo. Por isso, MARX (2002: 48) dirá que a ideologia corresponde às “(...) relações materiais dominantes consideradas sob a forma de idéias (...)”. Portanto

torna-se fundamental, além de qualificar o trabalhador tecnicamente, qualificá-lo “socialmente”. Esse socialmente deve ser entendido como o processo de provê-lo de certa carga cultural, moral, ideológica que reflitam as relações sociais dominantes e as legítimas. Portanto, para nós, o conceito de qualificação para o trabalho de forma geral engloba um aspecto infraestrutural – a qualificação técnica, tanto manual quanto intelectual – e outro aspecto superestrutural – a qualificação ideológica, moral etc.

Posto isso, vejamos de maneira sintética como a qualificação para o trabalho humano se apresentou historicamente nos diferentes “modos de produzir a existência”.

2.1 A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO NO PERÍODO PRÉ-CAPITALISTA

A fim de analisarmos a qualificação do trabalho no período pré-capitalista podemos didaticamente dividi-lo em duas fases: antes do advento da propriedade privada e após. A primeira fase corresponde ao período histórico mais primitivo, aquele das antigas sociedades comunais. O que caracteriza essa fase é a existência de diversas apresentações diferentes de sociedades autônomas e isoladas. O que de semelhante havia entre essas diferentes sociedades era a propriedade comum do principal meio de produção – a terra – e o baixo grau de desenvolvimento das forças produtivas do trabalho. A baixa produtividade do trabalho impunha a necessidade da participação no trabalho de cada membro da comunidade como condição de sobrevivência da coletividade. O grau de desenvolvimento das forças produtivas determinava a existência de relações sociais de produção comunais. Nesse período a divisão social do trabalho se apresentava de maneira incipiente e baseada principalmente em aspectos como o de idade e sexo. (ENGELS, s/d). Nessas formações sociais a qualificação para o trabalho estava diretamente relacionada ao ato, comum a todos, de trabalhar. Era através da atividade do trabalho que *todos* os homens se relacionavam com a natureza e entre si, produzindo conhecimentos relativos a esse processo. Era também o processo de trabalho o locus onde se transmitiam os conhecimentos para as novas gerações. Por isso podemos dizer que nesse período a

qualificação para o trabalho acontecia no próprio trabalhar. (SAVIANI, 1994; SILVA, 2005).

O movimento progressivo de desenvolvimento das forças produtivas do trabalho, além do estabelecimento cada vez maior de relações de troca entre diferentes comunidades lançou as bases materiais para o surgimento da propriedade privada da terra. Essa, por sua vez, estabelece o alicerce para o surgimento de uma classe ociosa que, graças à produção de excedente por parte de seus escravos, pode se abster do trabalho. Portanto, as primeiras sociedades baseadas na propriedade privada foram sociedades escravistas (ENGELS, op. cit.). A partir do estabelecimento de diferentes classes sociais a demanda por qualificação passa a ser diferenciada conforme a inserção de cada sujeito nas relações de produção. Entre os escravos que passaram a ser a classe produtora principal predominava a qualificação advinda e transmitida no próprio processo de trabalho. Aprendia-se trabalhando. Com o surgimento de uma classe ociosa, que por ser proprietária dos meios de produção não precisava trabalhar, surge como necessidade a qualificação dessa classe para o lugar que passava a ocupar na sociedade (SAVIANI, 1994). Liberta da atividade laborativa essa classe terá tempo livre para se propor a funções dirigentes na nova sociedade, como a política, a administração, a filosofia, a guerra. Portanto a qualificação para a classe proprietária passará a englobar fundamentalmente a qualificação ligada à superestrutura político-ideológica. Essa tarefa é fundamental para que a classe economicamente dominante se mantenha como dominante também no plano político, ou seja, através da manutenção das expressões ideais das relações de produção contribui-se para a reprodução dessas.

O progressivo aumento das populações somado à, cada vez maior, inter-relação entre diferentes comunidades através da troca estabeleceu a relação entre ramos diversos e fortaleceu a fixação dos sujeitos em diferentes ofícios – a divisão social do trabalho. O modo de produção que sucedeu ao escravismo, o feudalismo, possuiu como base técnica do trabalho, por um lado, a atividade artesanal através da divisão em diferentes ofícios e, por outro, o trabalho servil no campo. A qualificação para o trabalho nesse período permanecia atrelada ao processo de trabalho, seja no campo, seja no artesanato. A diferença é que, em relação ao artesanato, esse processo de

qualificação foi institucionalizado através do controle exercido pelas corporações de ofício. Passou a haver uma série de requisitos que um sujeito deveria cumprir para poder exercer determinado ofício. Entre eles, um período mínimo de aprendizagem, a tutoria de um mestre de ofício e o cumprimento das regras da corporação. Podemos dizer que é o primeiro momento em que o processo de qualificação passa a reconhecer a figura de um mediador como autoridade de cunho institucional. O artesão como representante desse período continua expressando em seu trabalho a síntese entre trabalho técnico intelectual e manual. Planejamento e execução ainda são indissociáveis no processo de trabalho. O artesão idealiza, planeja e executa cada etapa do processo de trabalho, constituindo seu produto primeiro ideal depois materialmente. Por isso mesmo consegue reconhecer no produto a objetivação de seu trabalho. O artesão por ser proprietário dos meios também o é dos produtos do trabalho.

Alguns fatores contribuíram para que as relações feudais fossem superadas pelas capitalistas. Entre eles, deve-se ressaltar que o aumento progressivo da população, principalmente nas cidades, e a progressiva constituição de um mercado mundial, através das colônias, fazem com que a demanda por mercadorias aumente, passando a exigir uma produção maior tanto dos artesãos, quanto das propriedades agrícolas.

O primeiro efeito desse aumento da demanda por mercadorias será um incremento da produtividade agrícola, através da dissolução das relações servis e do estabelecimento da produção capitalista no campo. Esse processo deu-se através da crescente expropriação e expulsão dos camponeses lançando as bases para a implantação do assalariamento pelos arrendatários capitalistas, além de liberar força de trabalho para as manufaturas nascentes.

Outro mecanismo através do qual se estabelecem as relações capitalistas refere-se ao processo de transformação de comerciantes em capitalistas. O comerciante, que era o intermediário entre artesãos e consumidores e, algumas vezes, se responsabilizava por realizar uma etapa final da fabricação das mercadorias, com o tempo, em alguns casos, passa a adquirir os meios de produção e a colocar os artesãos

para trabalhar sob suas ordens nas manufaturas, extraindo sobre-trabalho desse processo.

É importante ressaltar que todo esse processo se deu de forma lenta, gradual e extremamente heterogênea. As antigas relações sociais de produção (artesanato, servidão) gradualmente tornam-se empecilhos ao desenvolvimento das forças produtivas do trabalho. Sob a pressão da necessidade de aumentar a produção, será revolucionado todo o modo de produzir (MARX, 2001). Estão lançadas, assim, as bases materiais sobre as quais se edificará o modo de produção capitalista.

2.2 O CAPITALISMO E A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO

Na verdade vendeu-se, não como Fausto, ao Cão:
vendeu sua vida aos seus irmãos
Na verdade vendeu-a, não como Fausto, a prazo:
vendeu-a à vista ou melhor, deu-a adiantado
Na verdade vendeu-a, não como Fausto, caro:
vendeu-a barato e, mais, não lhe pagaram.
(GULLAR, 1998: 61-62)

Inicialmente é preciso situar o capitalismo dentro do desenvolvimento da história da humanidade como mais um modo de produção que tem como fundamento a propriedade privada dos meios de produção. Nesse sentido se apresenta com semelhanças em relação aos modos anteriores, ou seja, assim como o escravismo e o feudalismo, o capitalismo é composto por diferentes classes sociais: aquela proprietária e aquela não proprietária dos meios de produção. A primeira não trabalha e vive da exploração do trabalho da segunda que, não tendo opção, trabalha para produzir a sua existência e a do explorador. Portanto, de maneira genérica, os diferentes modos de produção baseados na propriedade privada constituem-se em diferentes modos de a classe proprietária explorar e viver do trabalho da classe não proprietária. Situadas as semelhanças “de fundo” entre essas diferentes maneiras de produzir da humanidade, cabe analisarmos as diferenças das duas formas anteriores em relação ao capitalismo.

Um primeiro pressuposto fundamental para o estabelecimento de relações capitalistas de produção foi a ampliação da separação entre os trabalhadores e os meios de trabalho. Se nos modos de produção anteriores – escravismo e feudalismo – os produtores já não detinham a propriedade dos meios de trabalho, ainda persistiam, todavia, com uma vinculação muito grande aos mesmos. No caso do escravismo o trabalhador estava posto em uma posição muito semelhante à de um meio de produção; era vendido e comprado como o era uma ferramenta ou um animal de tração. Já no caso do feudalismo, embora o servo não fosse um escravo, também possuía uma autonomia restrita. Era negociado, na maioria das vezes, como mais um componente das propriedades de terra. Os senhores feudais adquiriam feudos com todos seus componentes – campos agrícolas, animais, ferramentas, servos. Apesar disso, as relações de produção feudais constituíam os servos como “controladores” de meios de produção. Alguns autores, entre eles Poulantzas (1975), detecta uma diferença entre o que seriam relações de propriedade e de posse. As relações de propriedade seriam as expressões jurídicas mais “profundas” da relação com os meios de produção. Já a relação de posse seria a relação concreta de controle e uso direto dos meios de trabalho. No caso dos servos, por exemplo, a propriedade jurídica de todos os meios de produção pertencia à nobreza², os senhores feudais, porém, dentro dos feudos havia pequenas extensões de terras cuja posse pertencia aos servos. Eram estes que exerciam, com relativa autonomia, o uso e o controle sobre as mesmas; Ao senhor feudal interessava que ao final do processo de produção recebesse a sua parte, em espécie. Com os artesãos, anteriormente ao surgimento do capitalista, essa relação de posse coincidia com a relação de propriedade: os artesãos como produtores independentes eram proprietários dos seus instrumentos de trabalho. Com o capitalismo consolida-se e se aprofunda, progressivamente, o processo que distancia os produtores dos meios de trabalho, tanto de sua propriedade (no caso dos artesãos) quanto de sua posse (no caso dos camponeses). Assim, podemos ver que

² As terras, em última instância, eram propriedades do rei que fazia concessões administrativas para os diferentes representantes da nobreza.

O sistema capitalista pressupõe a dissociação entre os trabalhadores e a propriedade dos meios pelos quais realizam o trabalho. Quando a produção capitalista se torna independente, não se limita a manter essa dissociação mas a reproduz em escala cada vez maior. O processo que cria o sistema capitalista consiste apenas no processo que retira ao trabalhador a propriedade de seus meios de trabalho, um processo que transforma em capital os meios sociais de subsistência e os de produção e converte em assalariados os produtores diretos. (MARX, 2001; 828)

É necessário, em outras palavras, que o capital encontre o trabalhador livre. Livre tanto dos meios de produção (que são propriedade do capitalista) quanto da servidão para, assim, ser forçado a vender sua força de trabalho como condição para adquirir os meios necessários à sua subsistência. A consolidação do modo de produção capitalista significou a subordinação do campo à cidade, estabelecendo a hegemonia da forma *mercadoria*³. Isso se torna possível devido ao duplo caráter do trabalho que, por um lado, é produtor de produtos que realizam necessidades (trabalho concreto produtor de valores de uso) e, por outro, é simplesmente dispêndio de energia humana (trabalho abstrato gerador de valor). Esse processo de expropriação do trabalhador de seus meios de trabalho tem como consequência a transformação, tanto dos meios de trabalho, quanto da força de trabalho em mercadoria.

Como as demais mercadorias, sob o capitalismo a força de trabalho possui um valor que expressa o tempo de trabalho socialmente necessário para a sua (re)produção. Como as relações sociais de produção capitalistas pressupõem o trabalhador livre, não pode o capitalista ser proprietário do trabalhador. É a capacidade de trabalho que ele compra, mas como não pode concomitantemente comprar o suporte da força de trabalho – o trabalhador – só lhe resta comprá-la por um tempo determinado, alugá-la. Portanto, o capitalista compra a força de trabalho pelo seu valor, qual seja, o valor necessário à sua (re)produção, por um tempo determinado. O salário é para o trabalhador o valor referente à sua força de trabalho, o qual trocará

³ Não que nos modos de produção anteriores não houvesse mercadorias; pelo contrário, existem relatos da existência de mercadorias em sociedades humanas bastante antigas, porém, nesses casos o valor de troca existia em função do valor de uso, ou seja, a troca tinha a função de satisfazer as necessidades humanas. Veja-se, por exemplo, essa citação: “Toda propriedade tem duas funções particulares, diferentes entre si: uma própria e direta, outra que não o é. Exemplo: o calçado pode ser posto nos pés ou ser usado como um meio de troca; eis, pois, duas maneiras de se fazer uso dele.” (ARISTÓTELES, 1980: 19).

pelos bens necessários à sua reprodução – alimentação, vestuário etc. Porém, a força de trabalho não é uma mercadoria como outra qualquer, sua particularidade reside na sua capacidade única de criar valor, visto que somente o trabalho humano pode criá-lo. Assim, o capitalista paga pela força de trabalho o valor necessário à sua (re)produção, mas não paga o que ela é capaz de produzir. Uma vez sob seu controle, o capitalista colocará a força de trabalho a produzir. Do tempo de trabalho despendido pelo trabalhador durante sua jornada, uma parte do valor gerado servirá para pagar os custos de produção – matéria-prima, instrumentos e máquinas, salários – e a parte restante constituirá a *mais-valia*, o lucro do capitalista.

Se até o modo de produção feudal o que dirigia o processo de produção eram as necessidades sociais consubstancializadas no *valor de uso*, com o capitalismo o processo de produção torna-se concomitantemente processo de produzir *mais-valia* e passa a ser “dirigido” pelo *valor de troca*. Não se produz mais com o objetivo de atender as necessidades sociais, se produz para extrair *mais-valia*, e atender as necessidades (por meio do valor de uso) torna-se um meio para realizar a *mais-valia* (por meio do valor de troca). Diferentemente do modo de produção feudal e escravista onde a exploração da classe produtora pela classe proprietária dos meios de produção era suficiente para garantir uma vida ociosa e confortável a esta, no modo de produção capitalista existe uma dinâmica que impõe aos capitalistas a constante perseguição da acumulação crescente de seus capitais como condição de suas sobrevivências como indivíduos pertencentes à classe dominante. Aqui o trabalho excedente não pode se converter somente em consumo individual e entesouramento. Ele deve se transformar em capital, que por definição terá o papel de continuar se expandindo. Isso se deve ao fato de que, como o capitalismo é um modo de produção baseado em unidades produtivas independentes e sem subordinação a um planejamento social, porém fornecedoras para um mercado comum e limitado, essas unidades tornam-se concorrentes. Logo, a concorrência inter-capitalista tornar-se-á um “motor” da busca constante pela acumulação crescente do capital (valorização) e da busca incessante pela cada vez maior produtividade do trabalho. Por isso, todo o processo de

consolidação, desenvolvimento e posterior crise estrutural do capitalismo, estará relacionado a essa necessidade intrínseca do capital.

Esse processo de valorização encontra-se intrinsecamente ligado ao processo de trabalho, visto que, sob o capitalismo, a produção de mercadorias é concomitantemente produção de mais-valia, por meio do qual se valoriza o capital. Veremos como ao longo do desenvolvimento do capitalismo o processo de trabalho vem sofrendo sucessivas transformações no sentido de corresponder a essa tendência inerente ao modo de produzir do capital.

A sociedade produtora de mercadorias em sua consolidação e desenvolvimento passou por diferentes estágios que refletiram inclusive o grau de hegemonia das relações sociais de produção capitalistas. Ao privilegiarmos o processo de trabalho como recorte a partir do qual analisamos esse movimento, nos deparamos com três fases principais: a cooperação simples, a manufatura e a indústria. Todas constituem formas capitalistas de produção, de extração de mais-valia; diferenciam-se basicamente, além do grau de produtividade do trabalho, pela forma e pelo grau em que o processo de trabalho se subsume ao processo de valorização.

2.3 A COOPERAÇÃO SOB O CAPITALISMO E QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO

A cooperação simples consistiu na primeira forma de produção capitalista, ou seja, produtora de mais-valia. Essa forma caracterizou-se, do ponto de vista do processo de trabalho, por poucas mudanças nos instrumentos de trabalho e no modo de produzir em relação à produção artesanal. A mesma oficina que antes era dirigida pelo mestre-artesão agora o é pelo capitalista. Portanto, a primeira diferença é que agora o proprietário dos meios de trabalho (oficina, ferramentas) e dirigente do processo de produção – um ex-mestre-artesão, um ex-comerciante ou um ex-arrendatário - está liberto do trabalho manual e se dedica ao processo de pensar tecnicamente a organização da produção. Por outro lado, todos os trabalhadores agora são desprovidos dos meios para executar seu trabalho, o que os força a trabalhar em troca de um

salário. Cabe ressaltar que o processo de trabalho em si – a produção da mercadoria – continua a ser executado integralmente por cada trabalhador. É ele quem idealiza na mente o produto final, define o método de trabalho e realiza toda a série de ações necessárias à confecção do produto. No caso da produção de sapatos, por exemplo, cada trabalhador era responsável por todas as fases do processo: primeiro cortava o couro; depois lhe dava forma; após passava a cola, etc. Quais são então os aspectos que fazem da cooperação simples um modo capitalista de produzir?

Inicialmente é preciso considerar que o grande diferencial em relação à produção artesanal dá-se no aspecto *quantitativo*. Sob condições de desenvolvimento das forças produtivas, principalmente dos instrumentos de trabalho, ainda muito limitadas tecnologicamente, a produtividade do trabalho é baixa. Consequentemente, o trabalho de cada trabalhador é praticamente inteiramente necessário para mantê-lo. É muito pequena a quantidade de sobre-trabalho ou trabalho excedente gerada por cada trabalhador sob essas condições. Ao reunir na mesma oficina um grande número de artesãos, o capitalista executa dois movimentos: primeiro, consegue extrair uma quantidade de sobre-trabalho suficiente para liberá-lo da necessidade da atividade laborativa, advinda da soma das pequenas quantidades de trabalho excedente gerada por cada trabalhador. Enquanto o mestre-artesão mantinha sob sua tutela apenas alguns aprendizes não conseguia ainda extrair sobre-trabalho suficiente, mas agora que a quantidade de trabalhadores aumenta, aumenta também a quantidade de trabalho excedente gerada. O segundo movimento diz respeito à mudança advinda da reunião de vários trabalhadores sob o comando do mesmo capital. Mesmo sem ter havido inicialmente avanços tecnológicos ao nível dos instrumentos e do processo de trabalho em si, na cooperação simples a produtividade do trabalho aumenta significativamente, seja pela economia dos meios de produção, agora reunidos e racionalizados, seja pelo processo de emulação desencadeado sobre os trabalhadores com sua unificação. A *quantidade* transforma-se em *qualidade*. A simples reunião de maior número de artesãos desprovidos de meios de trabalho na mesma oficina dá origem a um processo de produção qualitativamente novo, pois agora se encontra subsumido ao processo de

valorização. Contudo, essa ampliação de produtividade do trabalho não aparece como obra dos trabalhadores, visto que

Sendo pessoas independentes, os trabalhadores são indivíduos isolados que entram em relação com o capital, mas não entre si. Sua cooperação só começa no processo de trabalho, mas, depois de entrar neste, deixam de pertencer a si mesmos. Incorporam-se então ao capital. Quando cooperam, ao serem membros de um organismo que trabalha, representam apenas uma forma especial de existência do capital. Por isso, a força produtiva que o trabalhador desenvolve como trabalhador social é a produtividade do capital (MARX, 2001: 386).

Será esse aumento da produtividade do trabalho social que servirá de alicerce para a consolidação das relações capitalistas de produção. Silva (2005) irá enfatizar que aqui se estabelece a divisão entre trabalho intelectual e manual no processo de trabalho⁴. Ou seja, os artesãos que anteriormente se dedicavam a pensar e executar o processo de produção em toda sua integridade – planejamento do uso da matéria-prima e meios de trabalho, o processo de trabalho em si, a venda do produto, entre outros aspectos – agora se restringem a produzir a mercadoria na quantidade e espécie que o capitalista define. Pensamos que essa separação apresenta-se como movimento contínuo e progressivo ao longo da consolidação do modo de produção capitalista como componente da subsunção⁵ do trabalho ao capital. Essa forma de organização da produção, a cooperação simples, ainda coloca grandes limites à acumulação crescente do capital. Um desses limites refere-se à vinculação inevitável do aumento da extração de mais-valia ao aumento da jornada de trabalho. Assim, devido à base técnica previamente estabelecida e herdada do artesanato, a *mais-valia absoluta* constitui-se na forma predominante de extração de mais valia na cooperação simples. Dessa forma, o limite imposto ao aumento da extração de mais-valia está posto tanto pelos limites físicos da jornada de trabalho quanto pela resistência dos trabalhadores. Será preciso expropriar do trabalhador o conhecimento e, conseqüentemente, o controle acerca do

⁴ Enfatizamos que estamos nos referindo aqui à divisão internamente ao processo de trabalho e não à *divisão social do trabalho*, na qual os homens passam a se restringir a um determinado ramo produtivo e obter os outros produtos necessários através da troca com outros produtores independentes. Essa última não é fruto do capitalismo, embora sob essas relações ela aprofunde a um nível jamais alcançado na história da humanidade.

⁵ Analisaremos mais profundamente a categoria subsunção a seguir, ao discutirmos a divisão manufatureira do trabalho.

processo de trabalho, dando um caráter científico ao saber aplicado na produção, revolucionando, assim, as bases materiais do processo de trabalho. A divisão manufatureira do trabalho e, depois, a maquinaria permitirão ao capital maior controle e, conseqüentemente, maior grau de exploração sobre a força de trabalho. (BRAVERMAN, 1987; ROMERO, 2005).

Antes, porém, de analisarmos o período da divisão manufatureira do trabalho é importante ressaltar que no período em que domina a cooperação simples como forma social hegemônica de apresentação do trabalho, a qualificação para o trabalho encontra-se, pelas próprias bases materiais existentes, muito vinculada ao trabalho artesanal. Embora destituídos da autonomia característica dos produtores independentes, visto que agora são assalariados pelo capital, os trabalhadores continuam qualificando-se através do contato direto com a prática integral do processo de trabalho. *Saber* e *fazer* continuam sob controle do mesmo sujeito sendo que, por isso, continuam qualificando-se como trabalhadores integrais no que se refere à qualificação técnica manual e intelectual. Os aspectos que foram expropriados de seu *fazer* foram, principalmente, aqueles relativos à gerência da produção e à vinculação da produção com a circulação de mercadorias, como compra de matéria-prima, venda dos produtos, entre outros, que agora se encontram sob controle do capitalista ou de algum artesão-chefe que o representa dentro da oficina.

2.4 A DIVISÃO MANUFATUREIRA E SEUS IMPACTOS SOBRE A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO

(...) Assim, que não são artistas
nem artesãos, mas operários
para quem tudo o que cantam
é simplesmente trabalho,
trabalho rotina, em série,
impessoal, não assinado,
de operário que executa
seu martelo regular
proibido (ou sem querer)
do mínimo variar.
(MELO NETO, 1997: 319)

Devemos entender a manufatura, menos como uma forma social de produção em si do que como um processo de transição do artesanato para o modo industrial de produção de mercadorias. Segundo Marx (2001), o período em que predomina a manufatura vai de meados do século XVI até fins do século XVIII e apresentou-se como um momento de luta encarniçada contra os ofícios e artesãos. Ao mesmo tempo, constitui-se no período em que o capital lança as bases materiais para a revolução do processo de trabalho, primeiro da força de trabalho e depois dos instrumentos.

De forma geral, a divisão manufatureira do trabalho se caracteriza pela parcelarização do processo de trabalho em várias etapas realizadas por trabalhadores diferentes. No capítulo XII de *O Capital*, Marx recupera as duas apresentações diferentes de origem e forma da manufatura: a manufatura *heterogênea* e a *orgânica*. A primeira apresentação acontece pela reunião em um mesmo espaço de artesãos especializados em diferentes ofícios; a soma dos produtos do trabalho dos diferentes artesãos fornece a mercadoria final. O autor cita o exemplo da fabricação de uma carruagem. Para ser produzida precisa de serralheiros, pintores, carpinteiros entre outros. Sob o feudalismo, o carpinteiro trabalhava de forma independente e exercia sua prática sobre a madeira da carruagem, da cadeira, da moradia, etc. Ao passar para uma manufatura, esse trabalhador passa a se especializar cada vez mais na prática sobre as partes de madeira pertencentes somente às carruagens. No início, na cooperação simples, a fabricação de carruagens consistia numa combinação de ofícios independentes. “Progressivamente, ela se transformou num sistema que divide a

produção de carruagens em suas diversas operações especializadas”(MARX, 2001: 391). O carpinteiro deixa de ser um trabalhador independente para se tornar um trabalhador responsável por uma etapa do processo de produção de carruagens. A manufatura *heterogênea* é uma forma especial de manufatura devido à natureza de seu objeto, ou seja, o elemento sobre o qual intervém o trabalhador impõe um processo de produção específico. Os processos de produção em que domina essa forma de manufatura serão mais dificilmente transformados em processos industriais. Isso se deve ao fato de que essa relação externa do produto acabado com seus diferentes elementos torna accidental a congregação dos diferentes trabalhadores parciais na mesma oficina. “As operações parciais podem mesmo ser executadas como ofícios independentes entre si.” (Idem; 398). Marx ressalta que essas operações tanto podem ser reunidas em uma mesma manufatura quanto podem ser dispersamente produzidas utilizando, inclusive formas de trabalho em domicílio. O capital pode reunir uma parte das operações em uma oficina centralizada (principalmente aquelas de montagem final do produto) e manter outras descentralizadas. Diversos fatores irão determinar historicamente quais serão as conformações que esses processos de produção poderão adquirir. Pensamos ser importante, no momento histórico em que vivemos, uma retomada dos estudos acerca da manufatura *heterogênea*, por dois motivos principais. O primeiro é que estamos vivenciando no atual momento de desenvolvimento do capitalismo um processo de mudanças na organização da produção industrial pautada, além do maior desenvolvimento tecnológico, por retomadas pelo capital de formas organizativas muito semelhantes às aquelas citadas por ocasião da divisão manufatureira do trabalho. O chamado “regime de acumulação flexível” ao mesmo tempo em que contém avanços importantes do desenvolvimento tecnológico, re-atualiza formas pretéritas de exploração da força de trabalho em que volta a ganhar grande dimensão a extração de mais-valia absoluta. (ANTUNES, 1995; HARVEY, 2004). É o caso do trabalho a domicílio, por exemplo. Pensamos que a forma organizativa que permite esse tipo de exploração é uma forma industrial com várias características da manufatura heterogênea. O segundo motivo que nos faz pensar que um estudo mais detalhado da manufatura heterogênea é fundamental encontra-se relacionado ao nosso

objeto de estudo: o trabalho em saúde. Pensamos, e tentaremos demonstrá-lo à frente, que em muitos aspectos a organização do trabalho em saúde reproduz formas organizativas semelhantes às da manufatura heterogênea. A própria forma de divisão do trabalho inerente ao trabalho em saúde – mantendo, em alguns casos, certa independência entre diferentes etapas – apresenta-se diferente da maioria dos processos produtivos.

Outra origem e forma de manufatura é a *orgânica*. Essa forma tem sua origem na reunião em uma mesma oficina de vários trabalhadores que realizam o mesmo ofício. Estes, em alguns casos com a ajuda de algum aprendiz, são responsáveis pela produção integral de determinada mercadoria. A pressão do capital para aumentar o número de mercadorias por intervalo de tempo faz com que, com o passar do tempo, em vez de um trabalhador continuar realizando todas as etapas sucessivas do processo de produção, estas sejam isoladas, separadas no espaço e passem a ser realizadas por trabalhadores diferentes. Com essas experiências repetindo-se e demonstrando sua eficiência e aumento de produtividade, passam a ser cristalizadas, assim como seus realizadores. “A mercadoria deixa de ser produto individual de um artífice independente que faz muitas coisas para se transformar no produto social de um conjunto de artífices, cada um dos quais realiza, ininterruptamente, a mesma e única tarefa parcial.” (MARX, 2001: 392).

Portanto, a manufatura, que havia unificado os artesãos apenas sob o mesmo espaço, começa a unificar seus trabalhos em um único corpo coletivo. O processo de unificar vários artesãos em um mesmo espaço, sob o mesmo capital, constitui a base que propicia a homogeneização das diversas apresentações do mesmo processo de trabalho. Uma vez unificado o processo de trabalho em uma única forma homogênea, pode-se estudar as diferentes etapas do mesmo, seu encadeamento, tempos, movimentos e ações necessárias para executá-las. Nesse corpo coletivo caberá a cada trabalhador, não mais a produção integral do produto, mas uma tarefa particular, parcelar. Não produzirão eles, por exemplo, isoladamente os sapatos; pelo contrário, cada sapato será produzido por vários deles simultaneamente. Um primeiro trabalhador cortará o couro, um segundo o esticará, um terceiro passará a cola... Até

que ao final do processo se tenha um sapato completo. *Nenhum* trabalhador produzirá o sapato e *todos* os trabalhadores produzirão o sapato.

Esse processo denominado divisão manufatureira do trabalho faz aprofundar em escalas menores a já existente – pré-capitalista – divisão social do trabalho. A produção social que destituiu cada homem da possibilidade de produzir todos os bens necessários a sua existência, sendo obrigado a se deter na produção de um ou poucos e obter por meio do intercâmbio os outros produtos, agora é aprofundada a um nível espetacular. Trabalhador nenhum passa a ser capaz de produzir isoladamente sequer um produto. A produção de um único sapato passa a ser obra de um trabalhador coletivo. Porém não é linear a continuidade entre a divisão social e manufatureira do trabalho, não é um processo harmônico, contínuo. Existe uma diferença qualitativa entre uma e outra. A divisão social do trabalho é aquela que o divide em diferentes ofícios, cada trabalhador produz integralmente uma mercadoria, e adquire as demais que necessita através do intercâmbio com outros produtores. Ou seja, cada trabalhador é detentor do conhecimento e do controle acerca de um processo de trabalho. A divisão manufatureira ao aprofundar a divisão social do trabalho, expropria do trabalhador a possibilidade de produção independente de uma mercadoria. Não produz mais ele uma mercadoria integralmente; essa tem de ser produto do trabalho de vários trabalhadores. Esse passo, a divisão manufatureira do trabalho, propiciou um aumento da produtividade do trabalho sem precedentes na história humana, pois, cada trabalhador agora preso a uma tarefa única, parcelar, portanto mais simples, torna-se um especialista nessa função. Logo, a exerce com uma destreza e perfeição até então inconcebíveis para o antigo artesão. Não é nosso objetivo nesse trabalho analisar pormenorizadamente as conseqüências que esse processo teve para o desenvolvimento das forças produtivas e o estabelecimento e manutenção do capitalismo como modo de produção hegemônico. Todavia, queremos apenas enfatizar um aspecto que pensamos ser central para a análise que estamos fazendo. Após a divisão manufatureira do trabalho, com a incorporação do caráter capitalista à cooperação, o trabalho de cada ramo de produção passou a ser dividido em diferentes etapas executadas por trabalhadores diferentes. O processo de trabalho, composto por um encadeamento de

diferentes etapas, passa a ser fragmentado e a ter cada das etapas parcelares isolada no tempo e no espaço, e sob controle de diferentes agentes. Com cada etapa iniciando-se a partir do resultado da etapa anterior, esse tipo de processo passa a apresentar diversas conseqüências, entre elas, a mais importante para os capitalistas, uma maior racionalização do processo de trabalho, levando a um aumento da produtividade do trabalho. Mas, há também conseqüências sobre os trabalhadores, entre elas, uma progressiva especialização dos sujeitos realizadores das etapas parcelares; sim, pois, se os trabalhadores, ao contrário de executarem todas as etapas do processo, se fixam em somente uma delas, tornam-se inevitavelmente especialistas nessa tarefa, executam-na com uma destreza e habilidade inconcebíveis para o antigo artesão. Por outro lado, ao se especializarem em uma única tarefa parcial, com o tempo deixarão de possuir o domínio sobre o processo de trabalho em sua totalidade. Não serão produtores de sapatos, mas cortadores de couro, passadores de cola etc. Possivelmente, não saberão mais fabricar sapatos. Por isso, ao descrever esse processo contraditório, Marx (2001: 394) dirá que “a manufatura produz realmente a virtuosidade do trabalhador mutilado”.

Outro aspecto que começa a se consolidar com a manufatura é a divisão entre trabalho intelectual e manual. Se na cooperação simples o trabalhador, por manter-se o trabalho de base artesanal, continuava dominando e executando integralmente o processo de produção de determinada mercadoria, com a divisão manufatureira, e a vinculação estrita do trabalhador manual a uma etapa do processo de produção, começam a “separar-se” planejamento e execução em sujeitos diferentes. Agora, o controle do processo de produção, advindo do conhecimento acerca do processo de trabalho, começa a ser materializado na figura do nascente trabalhador intelectual. A unidade entre teoria e prática que anteriormente se materializava na figura do trabalhador individual – o artesão – agora passa a se consubstancializar na figura do trabalhador coletivo. Portanto, continua havendo unidade entre esses dois componentes do trabalho no processo de produção, porém essa unidade começa a se localizar em sujeitos diferentes. É importante ressaltar que essa restrição de diferentes sujeitos a papéis diversos no processo produtivo acaba por cristalizar duas categorias

diferentes de trabalhadores: os trabalhadores manuais e os intelectuais. Sob as relações capitalistas de produção, trabalho intelectual e manual conformam uma unidade de opostos. Ao mesmo tempo em que são indissociáveis e complementares, estabelecem entre si uma relação tensa na qual o trabalho manual encontra-se dominado, subjugado pelo trabalho intelectual que tem a função de exercer o controle – sistematização e elaboração de conhecimentos, disciplinamento, gerência científica – do processo de produção.

As forças intelectuais da produção só se desenvolvem num sentido, por ficarem inibidas em relação a tudo que não se enquadre em sua unilateralidade. O que perdem os trabalhadores parciais concentra-se no capital que se confronta com eles. A divisão manufatureira do trabalho opõe-lhes as forças intelectuais do processo material de produção como propriedade de outrem e como poder que os domina. Esse processo de dissociação começa com a cooperação simples, em que o capitalista representa, diante do trabalhador isolado, a unidade e a vontade do trabalhador coletivo. Esse processo desenvolve-se na manufatura, que mutila o trabalhador, reduzindo-o a uma fração de si mesmo, e completa-se na indústria moderna, que faz da ciência uma força produtiva independente do trabalho, recrutando-a para servir ao capital. (MARX, 2001: 416)

Assim, se dirá que o capitalismo, ao separar os trabalhadores em manuais e intelectuais, não somente separou o conhecimento (a ciência) do produtor direto como o transformou em algo hostil a este (BRAVERMAN, 1987; ROMERO, 2005).

Assim como a divisão do trabalho sofre uma mudança qualitativa com a manufatura, também a qualificação do trabalho, como consequência desse processo, sofrerá alterações profundas. Não mais caberá ao processo de qualificação a formação de um trabalhador do tipo artesanal, vinculado a um ofício por toda a vida o qual domina integralmente. Pelo contrário, com a divisão manufatureira do trabalho esse tipo de trabalhador torna-se desnecessário e até empecilho à produção. Do ponto de vista da qualificação técnica manual, será necessário menos tempo e recursos para a formação de trabalhadores parcelares. Isso terá duas implicações práticas importantes para os trabalhadores: primeiro com a diminuição do tempo necessário à (re)produção do trabalhador – no aspecto da qualificação – diminui também o valor da força de trabalho. Também, como consequência desse processo, não mais existe a fixação do trabalhador em um único ofício por toda a vida, pois, as tarefas parcelares a serem executadas podem ser aprendidas em poucos dias ou horas de treinamento. Portanto,

agora, por estarem desprovidos dos meios de produção e do conhecimento/controlar de seu trabalho, encontram-se inteiramente dependentes do capitalista para adquirirem os meios necessários à sua existência. Isso fará com que a força de trabalho possua características muito semelhantes às outras mercadorias, cuja concorrência no mercado contribuirá para determinar a variação de seu preço em torno do valor.

Por outro lado, continuará havendo, nesse momento, a necessidade de uma qualificação que propicie o conhecimento integral do processo de trabalho a fim de dirigi-lo. Todavia, essa qualificação que no trabalho artesanal era voltada para o conjunto dos trabalhadores, agora passa a ser direcionada para um setor específico dessa classe: os trabalhadores intelectuais. Esses continuarão necessitando de uma qualificação mais aprofundada acerca do processo de trabalho, alicerçada no desenvolvimento científico e tecnológico. Desenvolvimento, aliás, que sofrerá um grande impulso durante o período manufatureiro como consequência da pressão por maior produtividade do trabalho. Nesse período, além da revolução na força de trabalho, procede-se um grande processo de especialização do instrumental de trabalho em correspondência à progressiva especialização dos trabalhadores parcelares e que desenvolverá a base técnica necessária à constituição futura da maquinaria. É importante ressaltar que entre os trabalhadores intelectuais existe uma progressiva gradação de funções que evidenciam o nível de distanciamento do trabalho manual – diretores de chão de fábrica, engenheiros, gerentes de produção, etc. – às quais corresponderão diferentes níveis de complexidade da qualificação (BRAVERMAN, 1987; SILVA, 2005). Portanto, no progressivo movimento de subsunção do trabalho ao capital, podemos dizer que a manufatura marca o momento do início da separação entre qualificação técnica manual e intelectual.

Outro aspecto que sofrerá transformações significativas será o da qualificação *superestrutural*. A manufatura corresponde à primeira forma de organização da produção com vistas à extração de sobre-trabalho na forma de mais-valia; corresponde, portanto, à primeira apresentação capitalista da produção social. Logo, é aqui o momento em que se torna dominante o capital sobre o trabalho. Essa contradição permanente será o fator condicionador da constituição da superestrutura jurídico-

político-ideológica sob o capitalismo. As diversas apresentações dessa superestrutura exercerão o papel de reproduzir essa relação de dominação da forma mais eficiente possível. A qualificação superestrutural, portanto, corresponderá a essas necessidades postas pelas relações e pelo processo de produção sob o capital. Com a divisão manufatureira do trabalho, e principalmente a partir do surgimento da indústria, começa a haver por parte do capital a instituição de formas de qualificação superestrutural para cada setor da força de trabalho. Aos trabalhadores intelectuais será instituído um processo de internalização de valores e concepções da classe dominante, processo que será facilitado pelas condições infra-estruturais já presentes de distanciamento desses em relação aos trabalhadores manuais, tanto salarialmente como do ponto de vista do controle sobre o processo de produção. Os trabalhadores intelectuais já surgem, portanto, como agentes do capital dentro do processo produtivo. Em relação aos trabalhadores manuais, terá o capital de iniciar também um intenso e permanente processo de adequação às relações de produção, e para isso se valerá de vários mecanismos de disciplinamento, internos e externos ao processo de trabalho. Essa necessidade será evidenciada inicialmente durante a manufatura devido a particularidades inerentes a essa forma histórica. A principal questão com o qual terá de lidar o capital nesse período será a resistência manifestada pelos trabalhadores ao processo de aprofundada divisão do trabalho. Devemos lembrar que o perfil do trabalhador que “serviu” à manufatura era de dupla origem: de um lado os antigos artesãos e aprendizes e, de outro, a maioria formada por trabalhadores expulsos do campo. Nenhum dos dois tipos era o ideal para um processo de intensa divisão e especialização do trabalho. Os antigos artesãos porque viam na manufatura um processo de progressiva expropriação de seu controle e conhecimento acerca do trabalho, que tinha como consequência a degradação de suas condições de vida. E os antigos camponeses porque haviam trabalhado durante toda a vida de maneira menos intensa, menos disciplinada e com menor nível de monotonia, visto que o trabalho agrícola, pelo baixo nível de desenvolvimento das forças produtivas nesse período, apresenta-se ainda excessivamente condicionado pelos tempos e condições impostos pela natureza. Portanto, a adequação desses dois tipos de trabalhadores ao trabalho na

manufatura será um processo que exigirá do capital um grande esforço que durará todo o período manufatureiro. A essa luta em que o capital tenta dominar o trabalho denomina-se *subsunção* do trabalho ao capital. A categoria subsunção é de importância ímpar para a compreensão da relação dialética entre processo de trabalho e processo de valorização e foi profundamente trabalhada por Marx (1979) no *Capítulo VI inédito de O Capital*. Nessa obra, o autor enfatiza o processo pelo qual o capital não somente *subordina*, mas também *inclui* o trabalho em sua dinâmica de acumulação. Com a subsunção, o trabalho transforma-se em seu contrário, ou seja, em capital. Trabalho sob a forma especificamente capitalista de produção passa a somente existir como *capital variável*. Esse processo de subordinação/inclusão apresenta-se de maneira progressiva expressando ao nível do processo de produção a consolidação progressiva das relações sociais capitalistas. O primeiro momento dessa subsunção é a *subsunção formal*, a qual se pode definir como sendo o processo de vinculação do processo de trabalho ao processo de valorização sob bases materiais ainda não propriamente capitalistas (ROMERO, 2005). Em seu início o capitalismo ainda se alicerçava em bases herdadas do feudalismo, pois, o processo de trabalho permanecia subjugado à subjetividade do trabalhador. Embora o capitalista detivesse agora o controle geral sobre o processo de produção de maneira mais ampla, continuava sendo o trabalhador manual quem exercia o controle sobre o processo de trabalho em si. Dito de outra maneira, esse processo de *subsunção formal* do trabalho ao capital, ou seja, as fases da cooperação simples e da manufatura, limitou-se a expropriar as condições objetivas (os meios de produção), não expropriando as condições subjetivas do processo de trabalho (o saber operário). Isso fazia com que nesse período, embora o processo de trabalho estivesse já subsumido ao processo de valorização, o capital ainda dependia do trabalho vivo para ditar o ritmo e a forma da produção. A habilidade, destreza e velocidade do trabalhador eram os fatores determinantes da produtividade do trabalho, ou seja, o processo de valorização continuava dependente do trabalho vivo, o que colocava limites importantes à acumulação. Além disso, a própria demanda posta para a produção social, estimulada pela manufatura, passava a suplantiar progressivamente a capacidade produtiva da mesma. Por isso, pode-se dizer

que a própria manufatura trará em si o germe de sua superação. Dentre as muitas oficinas que a manufatura criou, uma será especial: a manufatura de ferramentas. Nessa manufatura serão produzidas, por artesãos, as primeiras máquinas e estas ao se mostrarem eficientes e tornarem-se hegemônicas eliminarão o trabalho manual como fundamento da produção. Somente com a maquinaria controlando o processo de produção poder-se-á dizer que o trabalho encontra-se *realmente* subsumido ao capital.

2.5 OS IMPACTOS DA MAQUINARIA E DA GRANDE INDÚSTRIA SOBRE A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO

A mão daquele martelo
nunca muda de compasso.
Mas tão igual sem fadiga,
Mal deve ser de operário;
ela é por demais precisa
para não ser mão de máquina,
e máquina independente
de operação operária. (...)
que, sem nenhum coração,
vive a esgotar, gota a gota,
o que o homem, de reserva,
possa ter na íntima poça.
(MELO NETO, 1997: 319,321)

Após a mudança que a divisão manufatureira provocou no processo de trabalho, principalmente em seu aspecto subjetivo (a força de trabalho), a grande revolução desencadeada pela grande indústria teve como objeto os meios de trabalho. É com o desenvolvimento da maquinaria que o capital consegue retirar do trabalhador o papel central no processo de produção e, conseqüentemente, consolida-se a *subsunção real* do trabalho ao capital. Para entendermos melhor como se deu esse processo, recorreremos seguidamente ao capítulo XIII do livro I de *O Capital*, no qual Marx faz uma profunda e elucidativa análise dessa transição.

Um primeiro aspecto abordado pelo autor e que é fundamental para a compreensão desse nível de revolução provocado pela grande indústria é a distinção entre ferramenta e maquinaria. Marx contesta a concepção simplista de que

ferramentas e máquinas corresponderem essencialmente ao mesmo objeto, separados apenas pelo nível de desenvolvimento tecnológico, ou seja, rejeita a idéia segundo a qual a máquina seria apenas uma ferramenta complexa, e a ferramenta uma máquina simples. Contesta também a tese de que a diferença se encontra na força motriz: ou seja, que a ferramenta seria movida pela força humana, enquanto que a máquina seria movida de outras formas. Segundo ele, a distinção deve ser observada principalmente no papel que uma e outra desenvolvem no processo produtivo. Embora ambas representem historicamente diferentes formas de apresentação dos meios de trabalho, ocorre uma mudança qualitativa na transformação da ferramenta em máquina. Enquanto aquela cumpre o papel de instrumento a serviço do trabalhador para a execução de determinadas tarefas, a máquina coloca o trabalhador a seu serviço para a ação sobre o objeto de trabalho.

Das partes constituintes de toda maquinaria – motor, transmissão e máquina ferramenta - foi da máquina-ferramenta que partiu a revolução industrial do século XVIII. Essa transformação consistiu basicamente na reunião de diversas ferramentas, que eram utilizadas pelo artesão ou por uma série de trabalhadores em um determinado processo de produção, que foram acopladas a um mecanismo único. Ou seja, na maioria das vezes, as próprias ferramentas utilizadas pelo artesão ou pelo trabalhador parcelar “passaram a ser utilizadas” pela máquina. “Quando a ferramenta propriamente dita se transfere do homem para um mecanismo, a máquina toma o lugar da simples ferramenta”. (MARX, 2001: 430). Esse mecanismo único, inicialmente, em muitos casos, teve como força motriz o próprio homem, pois, a revolução industrial se apodera primeiro das ferramentas, deixando para o trabalhador aquela função. Porém, com o passar do tempo, a força humana como forma de propulsão mostra-se limitada para a produção industrial e desenvolvem-se outras formas de propulsão mais potentes e regulares como o vapor e, mais tarde, os combustíveis vários. É essa transformação, dos instrumentos de trabalho do homem em ferramentas incorporadas a um aparelho mecânico, que propiciará aos meios de trabalho a emancipação dos limites próprios da organicidade humana. Um trabalhador somente podia operar um número reduzido de instrumentos simultaneamente, com uma velocidade também limitada sendo que,

agora, uma máquina pode mover vários instrumentos simultaneamente e com velocidades cada vez maiores.

A maquinaria surge através da superação da manufatura e, como representante do novo, traz em sua forma elementos da forma antiga, já superada. Isso fica evidente no processo de produção, onde pode se constituir, de forma semelhante à manufatura, uma espécie de “cooperação simples” de máquinas ou um sistema de “divisão de trabalho” entre máquinas. O primeiro caso ocorre em indústrias em que cada máquina, à semelhança do antigo artesão, realiza todas as etapas da produção de determinada mercadoria e a ligação entre elas se restringe à força motriz única. O segundo caso existe em indústrias em que cada máquina realiza algumas etapas do processo de produção e transfere à máquina seguinte um produto inacabado – a matéria-prima – sobre o qual esta realizará outras etapas, e assim sucessivamente. Trata-se da divisão manufatureira herdada e reproduzida, agora entre máquinas. A existência de máquinas isoladas passa a ser progressivamente superada pelo sistema orgânico de máquinas-ferramenta combinadas que recebem todos os seus movimentos de um autômato central. Ao instalar-se em determinado ramo de produção, a maquinaria passa a “tensionar” os demais ramos conexos direta e indiretamente a aumentarem sua produtividade a fim de corresponderem à demanda posta pela produção industrial. Assim, progressivamente, a indústria vai se apoderando de todos os ramos de produção e revolucionando os meios de trabalho. De todos esses ramos dos quais se apoderou a maquinaria, um teve um papel fundamental e decisivo para a consolidação da grande indústria, qual seja, o ramo de produção de máquinas. Inicialmente os produtores de máquinas-ferramenta eram artesãos ou trabalhadores da manufatura, pois foram eles que, com sua habilidade e conhecimento, passaram a anexar suas próprias ferramentas em um mecanismo único que passava a reproduzir os movimentos dos trabalhadores. A manufatura, portanto, constitui-se em base técnica imediata da grande indústria. Isso colocava entraves para o desenvolvimento industrial, pois a grande indústria continuava, na produção de máquinas, dependente do trabalho artesanal de uma reduzida e limitada categoria de trabalhadores. Não tardou a essa contradição chegar a um limite, tendo a grande indústria, a partir do século XIX, de “erguer-se sobre seus

próprios pés” criando as indústrias de máquinas (MARX, 2001: 441). Esse movimento progressivo e necessário, de domínio da maquinaria sobre os inúmeros processos de produção, determinará, por sua vez, uma revolução e um progresso também sem precedentes em outros setores da sociedade. Sejam aqueles diretamente ligados ao processo produtivo, como os diferentes campos da ciência – a mecânica, química, entre outros – sejam aqueles indiretamente ligados à produção como o transporte, a comunicação, o comércio etc.

A revolução provocada pela grande indústria provocará transformações importantes no processo de qualificação para o trabalho. Marx ressalta que o surgimento da maquinaria e da grande indústria possibilitou a *subsunção real* do trabalho ao capital e essa nova correlação será, do ponto de vista concreto, a expressão do novo papel que passa a caber ao trabalhador no processo de produção. Segundo Romero (2005), a subsunção real, para Marx, fundamenta-se em duas características fundamentais. A primeira delas refere-se à transformação dos instrumentos de trabalho em máquinas, o que leva, como vimos, a uma *autonomização* dos mesmos no processo de produção. A segunda característica refere-se ao caráter científico dado à produção através da divisão entre planejamento e execução, o que leva a um processo em que o trabalho perde seu caráter de *auto-atividade*. Essas características são expressões teóricas de evidências concretas analisadas por Marx no processo de trabalho quando da introdução da maquinaria. Ele expressa a gênese da mudança da qualificação necessária para o trabalho na seguinte citação:

Na manufatura e no artesanato, o trabalhador se serve da ferramenta; na fábrica, serve à máquina. Naqueles, procede dele o movimento do instrumental de trabalho; nesta, ele tem de acompanhar o movimento do instrumental. Na manufatura, os trabalhadores são membros de um mecanismo vivo. Na fábrica, eles se tornam complementos vivos de um mecanismo morto que existe independente deles (MARX, 2001: 482).

Por constituir-se como sua base técnica imediata também é a manufatura que fornece à indústria a base original da divisão e, conseqüentemente, da organização do processo de produção. A cooperação entre os trabalhadores, que era determinada pela divisão do processo de trabalho passa a ser condicionada pela divisão deles entre as diferentes máquinas. A divisão do trabalho é substituída pela divisão em servir

diferentes máquinas, sendo que, a cristalização em uma tarefa parcelar por toda a vida é substituída pela tarefa de servir a uma única máquina.

Um primeiro aspecto importante, que cabe ser analisado, é o fato de que, com a introdução da maquinaria, chega-se ao ápice de um movimento iniciado na transição do artesanato para a manufatura que se caracteriza por uma *simplificação* progressiva das tarefas que cabem ao trabalho vivo. Com o artesanato, o trabalhador realizava todas as etapas da produção da mercadoria, realizava o trabalho integralmente em toda a sua complexidade. Com a divisão manufatureira, passa a realizar uma ou algumas etapas desse mesmo processo, porém continua detendo em grande parte o controle sobre esse, continuando em muitos casos a ditar seu ritmo. Com a introdução da grande indústria, a máquina passa a consubstancializar a totalidade do processo de produção, definindo seu ritmo e etapas e fazendo do trabalhador um seu instrumento. Ao trabalhador, que inicialmente ainda completava algumas etapas do processo de produção ou servia de força motriz, passa a caber o papel de vigiar, monitorar ou alimentar o grande autômato. Portanto, as tarefas do trabalhador vão progressivamente se tornando mais simples, reservando-se a complexidade representativa da totalidade do processo de produção à ciência consubstancializada na maquinaria, no trabalho morto. Essa *simplificação* aparece como consequência da *especialização* progressiva do trabalhador durante esse processo. Como vimos, o processo de perseguição do aumento da produtividade por parte do capital vai fragmentando o processo de trabalho e lhe dando maior racionalidade científica, fazendo com que o trabalhador seja progressivamente destacado para tarefas cada vez mais específicas.

Portanto, podemos dizer que o processo de transição do artesanato para o modo de produzir do capital apresenta duas características fundamentais que impactam fortemente a questão da qualificação para o trabalho. São elas a especialização progressiva do trabalho e do trabalhador e a simplificação do papel que passa a caber ao trabalhador manual. Posto isso, cabe ainda destacar alguns aspectos dessa qualificação para o trabalho sob a grande indústria. Se, por um lado, as tarefas que passam a ser reservadas para o trabalhador manual tornam-se tecnicamente menos complexas, por outro a configuração da indústria passa a exigir outras qualificações do

trabalhador. O fato, por exemplo, de não mais ser o trabalhador quem determina o ritmo de produção, faz com que seja necessário um disciplinamento físico para conseguir se adaptar ao ritmo imposto pela máquina, que exige grande concentração e atenção constante. Além desse disciplinamento físico, faz-se necessário um processo de disciplinamento psicológico a fim de suportar, mantendo bom desempenho produtivo, um trabalho enfadonho, alienante, como é próprio da grande indústria. Portanto, se diminui a necessidade de investimento, por parte do capital, em qualificação técnica manual, ganha maior dimensão a característica superestrutural da qualificação para o trabalho. Com relação à qualificação técnica manual, ainda que esta diminua, continua sendo necessária. Na maioria das vezes, não é mais necessária – a destreza e habilidade etc. - como qualificação técnica prévia à entrada na atividade laborativa, porém, ao desenvolver sua atividade, qualifica-se o trabalhador, agora segundo as exigências da maquinaria e não mais da divisão do trabalho. Isso é de suma importância para o capitalista, pois, à medida que diminui a necessidade de qualificação técnica prévia, diminui o gasto com a formação da força de trabalho, diminuindo assim o valor da mesma. Essa é a principal consequência da introdução da maquinaria para o capitalista: a alteração da composição orgânica do capital, ou seja, a diminuição do capital variável (trabalho vivo) em relação ao capital constante (trabalho morto), levando à maior extração de *mais-valia relativa*.

Outro aspecto fundamental que cabe destacar é a consolidação de uma categoria de trabalhadores responsáveis pelo trabalho técnico intelectual. Desde a manufatura, consolida-se o papel do controle, da gerência do processo produtivo a cargo, inicialmente, do capitalista e de seus capatazes. Porém, mesmo com a divisão manufatureira do trabalho, ainda não se consolida uma categoria de trabalhadores responsáveis pelo planejamento técnico-científico do processo de trabalho nas dimensões na grande indústria. É quando o saber acerca do trabalho é apropriado pelo capital na forma de ciência – consubstancializada na maquinaria - que surge a necessidade de um corpo técnico-científico para “pensar” o processo produtivo e controlar o trabalho morto. Compõem o grupo dos trabalhadores intelectuais produtivos – aqueles ligados ao processo de produção de mercadorias e de mais-valia -

tanto esse corpo descrito como técnico-científico responsável por planejar o processo de produção – administradores, executivos – quanto aqueles que realizam tarefas diretamente relacionadas aos meios de trabalho – engenheiros, técnicos – e à força de trabalho – psicólogos, gerenciadores de recursos humanos e etc. Esse corpo de trabalhadores, consolidado e hipertrofiado com a implantação da grande indústria, também será permeado pela tendência progressiva à parcelarização e especialização, que acompanham o desenvolvimento científico em seus diversos setores e ramos de produção.

Dois equívocos interpretativos recorrentemente se apresentam quando se adentra a discussão acerca da separação entre trabalho intelectual e manual. O primeiro deles refere-se à idéia de que a separação entre trabalhadores intelectuais e manuais seria a demonstração da possibilidade da dissociação entre teoria e prática no processo de trabalho e de construção do conhecimento. Por mais contraditório que pareça, a teoria e a prática continuam indissociáveis no processo de trabalho capitalista. A prática, ou seja, o trabalho manual continua sendo a fonte a partir da qual toda sistematização e produção do conhecimento se justificam, sendo que será para resolver problemas concretos, práticos, colocados pela produção, que o corpo de trabalhadores intelectuais, seja do interior das indústrias, seja dos laboratórios de pesquisa, será recrutado pelo capital. As práticas exercidas pelos trabalhadores manuais, por sua vez, são guiadas pela ciência consubstancializada, seja nas máquinas, seja nas técnicas e práticas produtivas. Assim, sob o capital, teoria e prática constituem uma unidade de opostos: ao mesmo tempo em que são indissociáveis, vivem sobre tensão permanente.

O outro equívoco freqüente nesse tema refere-se à idéia segundo a qual, o trabalho poderia ser “totalmente” manual ou “totalmente” intelectual. Essa “purificação” nem mesmo os mais modernos recursos tecnológicos e gerenciais sob domínio do capital foram capazes de realizar. Isso, porque é impossível conceber qualquer tarefa manual, por mais simples e limitada, que não exija certa elaboração cognitiva para ser realizada. O mesmo pode-se dizer acerca das tarefas intelectuais;

todas exigem práticas manuais, em diferentes níveis e gradações, para serem realizadas. (GRAMSCI, 1987).

2.6 AS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO SOB O CAPITALISMO ATUAL E SEUS IMPACTOS SOBRE A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO

Eu estava sobre uma colina e vi o Velho se aproximando, mas ele vinha como se fosse o Novo.
Ele se arrastava em novas muletas, que ninguém havia visto, e exalava novos odores de putrefação, que ninguém antes havia cheirado. (...) Assim marchou o Velho, travestido de Novo, mas em cortejo triunfal levava consigo o Novo e o exibia como Velho.
O Novo ia preso em ferros e coberto de trapos; estes permitiam ver o vigor de seus membros.
(BRECHT, 2000: 217)

Muito se tem elaborado nas duas últimas décadas acerca das mudanças em curso no “mundo do trabalho”. Consolida-se a tese que defende a existência de um processo de transição, a partir da década de 70, do processo de produção organizado hegemonicamente sob a forma taylorista-fordista para outra forma com várias características “novas”. Esse processo, que vem sendo alvo de inúmeras elaborações de diversos autores importantes do campo da sociologia do trabalho (CORIAT, 1994; HIRATA, 1994; ANTUNES, 1995; GOUNET, 1999), já teve várias denominações – reestruturação produtiva, regime pós-fordista, regime flexível, regime pós-industrial, entre outros. As elaborações e conceitos, que inicialmente centravam-se nos impactos advindos da incorporação da automação de base microeletrônica, a chamada *especialização flexível*, passaram a incorporar diversas outras categorias às análises das mudanças do trabalho sob o capitalismo atual. A partir disso consolida-se a tese da transição do “regime de acumulação taylorista-fordista” para o “regime de acumulação flexível”. Vejamos uma caracterização geral do que inclui essa definição na obra de um dos autores que lhe dá uma dimensão mais ampla, para além das mudanças tecnológicas.

A acumulação flexível, como vou chamá-la, é marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos

mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões de desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego do chamado “setor serviços”, bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas (HARVEY, 1992, p. 140).

O autor em sua obra apreende desse processo vários aspectos que, a nosso ver, se, por um lado, adquirem maior dimensão com esse novo ciclo de acumulação do capital, por outro não se constituem em elementos de rompimento com a tendência geral do trabalho sob o modo de produção capitalista. Iremos ressaltar a seguir, de maneira sintética, visto que essa análise pormenorizada não constitui objeto desse trabalho, as principais características dessa atual fase do capitalismo monopolista. Um primeiro aspecto enfatizado pelos autores citados, refutando análises apologéticas, é o fato de que essas novas formas de organização do processo de trabalho (como o chamado toyotismo) não se impuseram em todas as esferas do mundo do trabalho e, na prática, coexistem, mais ou menos complementarmente, com as formas do tipo taylorista-fordista.

Outro aspecto importante é o fato de que o conceito de flexibilidade deve ser tomado, em grande medida, como relacionado à esfera das relações de trabalho. Existe um movimento que tende a reduzir cada vez mais o número de trabalhadores ditos “centrais”, também chamados de “aristocracia do trabalho”, aqueles predominantes no regime taylorista-fordista, com vínculo formal de trabalho, vinculados diretamente à grande indústria, com maior segurança no emprego, gozando de vantagens indiretas etc.; Como compensação tende a aumentar progressivamente o número de trabalhadores “periféricos” que possuem como característica principal o fato de possuírem relações de trabalho mais precarizadas, com vínculo temporário ou subcontratados e com menores salários (ANTUNES, 1995).

Um terceiro aspecto refere-se ao grande avanço tecnológico através do estabelecimento da automação de base microeletrônica, o que corrobora para a tendência crescente de incorporação da composição orgânica do capital; Esse processo tem duas conseqüências importantes. A primeira é o aumento do *desemprego estrutural*, servindo de fomento para aumentar as formas precarizadas de trabalho. A

segunda característica é uma maior intensificação sobre a força de trabalho a partir do substrato propiciado pelas novas tecnologias (KATZ, 1996).

Um quarto aspecto identificado é a entrada do capital em “nichos” até então tidos como sem importância, como o caso do setor de “serviços” ou áreas tecnológicas muito complexas e específicas (bioengenharia, química fina, etc.) com mercado consumidor mais restrito, que passam a constituir-se como fonte de extração de mais valia.

Um quinto aspecto bastante citado é o que refere à reconfiguração mundial dos pólos industriais. Esse aspecto refere-se ao movimento que o capital executa na busca por melhores condições para o processo de acumulação. Isso inclui, por exemplo, processos de desindustrializações em países do capitalismo central com a migração das transnacionais para países que ofereçam condições “mais atraentes”, como, por exemplo: baixos níveis salariais; relações trabalhistas precarizadas; precária ou ausente organização sindical; políticas fiscais incentivadoras, entre outras.

Um sexto aspecto também muito citado é o que se refere à globalização e à ampliação do papel do sistema financeiro na vida social de maneira geral.

Para COGGIOLA (1996) essas mudanças nos processos produtivos refletem mecanismos criados pelo capital como resposta à crise enfrentada a partir da década de 70. Crise com grande participação de componentes estruturais como a queda da taxa de lucro e a competitividade inter-capitalista levada a níveis extremos. Portanto, as novas apresentações do mundo do trabalho seriam novas na forma, porém velhas de conteúdo, consistindo em novas formas encontradas pelo capital para aumentar a extração de mais-valia a fim de sobreviver frente às crises e a concorrência. A busca incessante de melhores mecanismos para essa extração faz com que o capital crie uma estratégia com duas frentes simultâneas de atuação. Por um lado, com o desenvolvimento tecnológico amplia extração de mais-valia relativa e, por outro, com a precarização das condições de trabalho e a intensificação, volta a ampliar os níveis de extração de mais-valia absoluta. Ademais, concordando que o capital sempre busca novas estratégias para garantir a dinâmica permanente de acumulação, pensamos que grande parte do que muitos autores têm caracterizado como manifestações novas desse

processo tendem a ser, em realidade, aprofundamento de tendências já evidenciadas por Marx e outros autores marxistas no final do século XIX e início do século XX⁶.

Com relação à qualificação para o trabalho, a tendência é o acompanhamento desse movimento dual de constituição da força de trabalho sob o capitalismo e que parece não ter se alterado significativamente com o *regime de acumulação flexível*. Esse movimento, já analisado por Marx em *O Capital*, consiste na tendência progressiva de separação crescente entre trabalho intelectual e manual, com o primeiro subjugando e dominando o segundo. Autores como KLEIN (2003) e SILVA (2005) destacam com ênfase a idéia segundo a qual continua havendo uma simplificação progressiva do trabalho manual, com a incorporação de novas tecnologias, com o trabalho mais complexo tendendo a ser objeto de um grupo de trabalhadores cada vez mais restrito. Essa incorporação tecnológica é o aspecto que mais impressiona, entretanto, embora possa ter havido um salto qualitativo com a implantação da automação de base microeletrônica, não se consubstancializa em rompimento com a tendência progressiva de alteração da composição orgânica do capital.

Quando olhamos com mais atenção para aqueles trabalhadores ditos “centrais”, em setores produtivos constituídos pela automação de base microeletrônica, alguns autores ressaltam o surgimento de uma tendência chamada “polivalência” ou “multifuncionalidade”⁷, que poderia estar em contradição com a tendência de simplificação do trabalho manual. Ao fazer uma crítica a tal tese, Kuenzer esclarece que esse movimento caracteriza-se, em realidade, pela

(...) ampliação da capacidade do trabalhador para aplicar novas tecnologias, sem que haja mudança qualitativa desta capacidade. Ou seja, para enfrentar o caráter dinâmico do desenvolvimento científico-tecnológico, o trabalhador passa a desempenhar diferentes tarefas usando distintos conhecimentos, sem que isto signifique superar o caráter de parcialidade e

⁶ Vide, por exemplo, a análise de LENINE, de 1916, *Imperialismo – a fase superior do capitalismo*. Vários aspectos descritos por HARVEY como novos já se encontram descritos pelo autor. É o caso da ampliação do capital financeiro, da migração de capitais (indústrias) pelo mundo, da concentração monopolista, entre outros.

⁷ Todos esses termos são utilizados para tentar definir o mesmo fenômeno, o que demonstra o pouco consenso em relação à sua interpretação. Dentre todos esses, um dos mais polêmicos é o de *multifuncionalidade* pelo fato de se questionar se há realmente diferentes funções postas para o trabalhador além daquela de monitoramento (vigilância) da maquinaria. Nesse caso, estar-se-ia confundindo diferentes atos/práticas com diferentes funções. Agrada-nos o termo *multiparcelar* e o de *especialização flexível* por expressarem, a nosso ver, a contradição desse fenômeno.

fragmentação destas práticas ou compreender a totalidade. A este comportamento no trabalho corresponde a interdisciplinaridade na construção do conhecimento que nada mais é do que a inter-relação entre conteúdos fragmentados, sem superar os limites da divisão e da organização, segundo os princípios da lógica formal (KUENZER, 2002a: 10).

Portanto, a *polivalência* não se apresenta contraditoriamente ao processo de simplificação do trabalho, pelo contrário, um trabalhador somente pode realizar vários atos diferentes porque o avanço tecnológico simplificou a um nível extremo o trabalho que o restou para executar. Significa, em última instância, portanto, ser capaz de realizar não uma, mas várias ações mais simplificadas. Ao descrever esse processo na indústria automobilística, Coriat demonstra como essa “desespecialização” está relacionada ao aumento da intensidade do trabalho, pois

Este movimento de desespecialização dos operários profissionais e qualificados, para transformá-los em trabalhadores multifuncionais, é de fato um movimento de racionalização do trabalho no sentido clássico do termo. Trata-se aqui, também – como na via taylorista norte-americana –, de atacar o saber complexo do exercício dos operários qualificados, a fim de atingir o objetivo de diminuir os seus poderes sobre a produção, e de aumentar a intensidade do trabalho (CORIAT, 1994: 53).

Com a emergência do que seria esse “novo” *regime de acumulação flexível* e, conseqüentemente, das novas apresentações do processo de trabalho, passam a desenvolverem-se também novas teorias e compreensões acerca da qualificação para o trabalho. O acompanhamento que as categorias teóricas do campo educativo fazem ao movimento das mudanças do mundo do trabalho, a nosso ver, expressa a atualidade da discussão acerca do princípio educativo do trabalho, ou seja, as formas como as relações sociais de produção educam/qualificam os trabalhadores para o mundo do trabalho e para a forma de sociabilidade existente (KUENZER, 1985; SAVIANI, 1994; GRAMSCI, 2000). O maior exemplo de um conceito ligado ao campo da qualificação que (re)surge ou pelo menos se consolida com a emergência do regime de acumulação flexível é a idéia de *competência*. De uma maneira geral, costuma-se definir o campo das competências como composto por aquelas capacidades do trabalhador em mobilizar e articular conhecimentos - tácitos e científicos – e demonstrar determinadas habilidades de caráter comportamental – responsabilidade, capacidade de trabalho em equipe, iniciativa, lealdade etc. - com vistas a resolver

problemas colocados pela nova conformação dos processos de trabalho flexíveis (HIRATA, 1994; FERRETTI, 1997; KUENZER, 2003; SILVA, 2005).

Apesar de não se apresentar isenta de divergências a compreensão de qual papel representa o conceito de *competência* quando se trata da qualificação para o trabalho, parece haver certa convergência dos autores acima citados acerca de alguns aspectos desse processo. O primeiro refere-se ao fato de que, se o conceito de competência até a década de 70 esteve mais vinculado ao domínio de práticas manuais, portanto uma qualificação mais infraestrutural (técnica), agora são aspectos comportamentais e mesmo cognitivos que passam a ser valorizados. Por isso, Silva (2005) dirá que o conceito de competências refere-se mais aos aspectos superestruturais da qualificação e, portanto, não pode ser usado como sinônimo da mesma. Ferreti (1997) concorda com esse conteúdo (disciplinador, comportamental) das competências e o compreende como uma idéia contemporânea de qualificação sob a lógica da nova conformação do capital, contribuindo para o processo de subordinação dos trabalhadores ao capital através do velamento dos interesses antagônicos de classe. Kuenzer (2003), por sua vez, enfatiza o aspecto contraditório das competências, pois, se por um lado, estas são constituídas por um forte conteúdo disciplinador e precarizador dos processos de trabalho, por outro lado, representam uma necessidade, posta por estes, de o trabalhador dominar mais a articulação dos conhecimentos, através do desenvolvimento cognitivo mais complexo.

Em síntese, nos parece que esses autores, quando analisam o conceito de *competência*, relatam um movimento interessante da categoria qualificação nesse atual ciclo de acumulação do capital monopolista. Um movimento que, ao mesmo tempo em que substitui o trabalho vivo por trabalho morto, aumenta a precarização da força de trabalho restante e a intensidade da exploração sobre a mesma. Como consequência disso, faz-se cada vez mais necessário o conteúdo superestrutural da qualificação, seja através do disciplinamento mais hostil, seja através do envolvimento e da cooptação dos trabalhadores para o projeto do capital, seja através de novas habilidades cognitivas necessárias à intensificação do trabalho. Esse último parece ser um fenômeno em curso, de forma mais evidente, nos setores em que a automação de base

microeletrônica é hegemônica, e aqui é importante ressaltar que esses setores são minoria dentro da produção social. A “polivalência” ou “multifuncionalidade” que poderíamos chamar de “multiparcelaridade” passa a exigir do trabalhador algumas habilidades antes desnecessárias, como, por exemplo, a capacidade de adaptação a novas tarefas, mesmo que simplificadas, a fim de conseguir absorver maior carga de trabalho.

2.7 TENDÊNCIAS GERAIS DA QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO SOB O CAPITALISMO

Após analisarmos as transformações pelas quais passou e passa constantemente o trabalho – elemento ontológico da existência humana – pudemos elencar aspectos que ajudam a conformar a concepção acerca da qualificação para o trabalho que, em nossa compreensão, melhor nos guia na apreensão desse movimento pelo qual passa o trabalho nos diferentes momentos da história humana. Como vimos anteriormente, a qualificação para o trabalho, para nós, pode ser definida como o processo pelo qual o trabalhador torna-se apto para a realização de determinado trabalho que lhe é exigido pelo grau de desenvolvimento das forças produtivas sob certas relações sociais de produção dominantes. Inscrevem-se no campo dessa definição abstrata de qualificação diversos elementos objetivos e subjetivos relacionados às distintas apresentações histórico-concretas do trabalho. De forma geral esses diversos elementos podem ser agrupados naquilo que Silva (2005) define como dimensão *infraestrutural* (ou técnica) e dimensão *superestrutural* (ou ideológica) da qualificação para o trabalho. A primeira refere-se às capacidades mentais e manuais – destreza, habilidade, coordenação e etc. - necessárias à realização de determinadas ações práticas que o processo de trabalho internamente exige. A segunda refere-se a outros componentes não inerentes ao ato de realização de determinado trabalho, mas que são fundamentais para a manutenção e reprodução das relações sociais de produção segundo as quais aquele trabalho é condicionado. Diversos outros autores, embora não usem esses conceitos – *infra* e *superestrutura* –, também compreendem o processo de qualificação como constituído

por essas duas dimensões, uma mais “técnica” e outra mais “comportamental” (SAVIANI, 1994; FRIGOTTO, 1996; FERRETTI, 1997). No caso da dimensão técnica podemos ainda destacar seus aspectos manuais e intelectuais, que se relacionam àquelas atividades laborativas em que predominam, respectivamente, práticas manuais ou intelectuais. A dimensão *superestrutural* da qualificação, muitas vezes desconsiderada, constitui-se de concepções, atitudes, valores, reproduzidos por inúmeros processos e aparelhos – instituições como a família, religião, escola, a indústria, entre outros – subjugados à ordem econômico-política dominante e internalizadas pelos indivíduos como universais. São normas e valores que visam à adequação e o disciplinamento como forma de aceitação das relações de produção e de trabalho como adequadas e imutáveis. Essa dimensão *superestrutural* não se relaciona, na maioria das vezes, com um determinado processo de trabalho específico; pelo contrário, geralmente corresponde a uma qualificação voltada para os trabalhadores como classe, independentemente da função específica que exerçam no processo de trabalho, embora os diferentes processos concretos de trabalho exijam mais intensamente alguns aspectos desse tipo de qualificação do que outros. Determinada forma de trabalho pode exigir, por exemplo, um alto grau de disciplina psico-física para seu exercício eficiente, enquanto outras formas podem exigir maior envolvimento subjetivo, emocional com o projeto do capital. É importante ressaltar que essa subdivisão, em *infra* e *superestrutural*, têm caráter didático a fim de ressaltar uma e outra dimensão da qualificação. Concretamente elas se apresentam de forma indissociável e interdependente. Há aspectos da qualificação técnica, por exemplo, que o trabalhador somente pode dominar caso tenha passado por um processo de disciplinamento prévio. Por outro lado, há aspectos do disciplinamento que somente manifestam sua necessidade a partir do estabelecimento de um processo prático de trabalho mediado por determinadas técnicas. Portanto, estar qualificado para o trabalho, em nossa compreensão, envolve estar apto tecnicamente e ideologicamente para o exercício do processo que é, simultaneamente, processo de trabalho e de valorização. Como pudemos analisar, o conteúdo de ambas as dimensões da qualificação não são cristalizados, mas históricos. O conteúdo técnico necessário para

um artesão produzir um sapato durante o feudalismo é muito diferente daquele que necessita hoje qualquer trabalhador parcelar de uma indústria de sapatos. Também o conteúdo superestrutural é muito diverso no caso desse mesmo exemplo. É muito maior o grau de disciplina necessário à realização de uma atividade parcelar, por isso monótona, e ditada por um ritmo externo e intensamente desgastante, só para citar um aspecto da dimensão superestrutural da qualificação para o trabalho. Logo, embora as duas dimensões da qualificação sempre existam, varia o conteúdo e a relação entre elas, determinada pela historicidade própria do desenvolvimento da humanidade e de suas formas de produzir a existência.

Quando centramos nossa análise acerca da qualificação para o trabalho no modo de produção capitalista – por constituir o lócus de nosso objeto – podemos perceber a manifestação de algumas tendências históricas apreendidas por Marx e confirmadas por inúmeros estudos e elaborações de outros autores, como os anteriormente citados nesse capítulo.

Uma primeira tendência refere-se, como consequência da concorrência inter-capitalista e da busca permanente de maior produtividade, à substituição progressiva da força de trabalho (capital variável) por maquinaria (capital constante), ou de trabalho vivo por trabalho morto: o chamado aumento da *composição orgânica* do capital. Isso se deve ao fato de que o aumento da extração de mais-valia relativa depende fundamentalmente da diminuição do tempo de trabalho necessário. Envolve, portanto, diminuir o gasto com força de trabalho aumentando assim a *objetivação* do trabalho.

A substituição do trabalhador por máquinas historicamente tem-se realizado através de um processo progressivo de parcelarização do processo de trabalho em várias partes isoladas e mais simples tornando possível, assim, que tais práticas sejam incorporadas a um sistema autômato. Portanto, outra tendência histórica - a progressiva *divisão e simplificação* do trabalho - possui suas bases materiais nessa necessidade do capital de aumentar constantemente a objetivação no processo de trabalho. Simplificando o trabalho, o capital diminui também o valor da força de trabalho, pois diminui seus gastos com qualificação. Essa progressiva simplificação do

trabalho e o atrelamento do trabalhador a uma ou a algumas práticas parcelares acaba por determinar uma progressiva *especialização* do trabalhador em determinada etapa do processo de produção, ou seja, o desenvolvimento da *unilateralidade* do trabalho. Esse trabalhador especializado pode posteriormente ser substituído por “máquinas especializadas”.

Uma terceira tendência histórica, conseqüente à objetivação crescente do trabalho é a ampliação relativa da parcela dos trabalhadores responsáveis pelo *trabalho intelectual* – controle, gerência e desenvolvimento tecnológico do processo de produção. Esse aumento deve-se tanto à diminuição relativa dos trabalhadores manuais quanto à criação de novos ramos de produção e ciência que exigem “elaboradores” e gerenciadores eficientes.

Outra tendência histórica importante de ser ressaltada refere-se à crescente intensificação do trabalho. O capital opera sempre em duas vias: por um lado aumenta a extração de mais valia relativa – com a mecanização, simplificação do trabalho – por outro não subestima a possibilidade de extrair mais-valia absoluta, através de ampliação da jornada de trabalho, por exemplo. A intensificação também se apresenta através do aumento do ritmo de trabalho, do acúmulo de tarefas, entre outros. Por isso Marx dirá que a substituição dos trabalhadores por máquinas não garante uma diminuição da labuta diária dos trabalhadores.

Por fim, uma tendência do capitalismo, não descrita por Marx devido à falta de bases materiais para tal, é um fenômeno que apresenta seu ápice na fase imperialista do capitalismo. Refere-se à tendência de “relocação” do trabalho na sociedade atual. Se, por um lado, diminui relativamente e, às vezes, absolutamente o número de trabalhadores empregados na produção de mercadorias ditas “materiais”, por outro lado, tem-se uma ampliação absoluta e relativa do número de novo trabalhos e trabalhadores em setores como o de serviços e o setor estatal, entre outros (ANTUNES, 1995). Não nos deteremos pormenorizadamente nesse tema, pois ele será objeto de nossa análise logo à frente.

Essas tendências do trabalho sob o modo de produzir do capital, a nosso ver, encontram-se perfeitamente confirmadas na atual fase de desenvolvimento do

capitalismo, embora possam manifestar-se de diferentes formas. Questionamos grande parte das elaborações contemporâneas (GORZ, 1987; OFFE, 1991; CASTELLS, 1998; DE MASI, 2000; LAZZARATO & NEGRI, 2001) que vêem no capitalismo atual, novas formas de produção e sociabilidade que rompem com essas tendências inerentes ao processo de valorização. A objetivação do trabalho, por exemplo, permanece em crescimento progressivo, agora maximizado pela automação e informática além da mecânica, colocando o trabalho vivo, cada vez mais, subjugado e sob controle do trabalho morto. A progressiva divisão e simplificação do trabalho seguem formando trabalhadores parcelares e especializados. A chamada reestruturação produtiva e suas apresentações, como o toyotismo, não demonstram romper com essas tendências, pelo contrário, ampliam a intensidade de exploração sobre a força de trabalho através: da vinculação dos trabalhadores a várias tarefas parcelares - a chamada “polivalência” ou “multifuncionalidade”; da diminuição dos poros entre as diferentes operações; através de novas formas de controle pautadas na cooptação e no envolvimento dos trabalhadores; e através do resgate de formas de trabalho precário como o trabalho a domicílio, por exemplo, além de formas de trabalho em que a extração de mais-valia absoluta volta a ocupar lugar central (CORIAT, 1994; ANTUNES, 1995).

Essas tendências gerais pelas quais vem passando o trabalho social durante o desenvolvimento do modo de produção capitalista correspondem a expressões e momentos indissociáveis de um só movimento, qual seja o movimento de subsunção do processo de trabalho ao processo de valorização, a subsunção do trabalho ao capital. Esse movimento, como toda expressão do real, não se realiza de maneira harmônica, linear, mecânica. Pelo contrário, é um movimento que apresenta fortes contradições internas, que fazem com que a relação de unidade entre trabalho e capital seja sempre uma relação tensa, em luta. Uma relação onde a resolução de cada contradição através do surgimento de uma nova forma já tende a trazer em si o germe de sua superação. A cooperação simples, por exemplo, ao reunir os trabalhadores sob comando de um único capital criou as bases para sua superação que se deu com o surgimento de uma nova forma: a divisão manufatureira do trabalho. Esta, por sua vez,

ao dividir e simplificar ao extremo as etapas do processo de trabalho criou as bases para sua superação, ou seja, tornou possível a objetivação do trabalho com a criação da maquinaria. A grande indústria, por sua vez, resolveu a questão do controle do capital sobre o trabalho elevando a subsunção deste àquele a um grau jamais imaginado. No entanto estabeleceu outra contradição imanente a essa forma, qual seja, o processo de diminuição progressiva do trabalho vivo, o qual, como sabemos, representa a única fonte criadora de valor. O capital tenta resolver essa contradição através de diversas formas como: a intensificação da exploração sobre o trabalho vivo remanescente; a subsunção ao capital de outros processos de trabalho outrora improdutivos, como o setor estatal; a destruição, cada vez mais permanente, de forças produtivas, entre outros. Porém essas são todas tentativas paliativas que não resolvem essa contradição inerente à produção do capitalismo industrial. Por outro lado, a subsunção do trabalho ao capital não é um processo cristalizado. Tem o capital de recorrer constantemente a elementos superestruturais, cada vez mais complexos e intensos, para garantir o disciplinamento da força de trabalho e o processo de extração de sobre-trabalho.

É importante ressaltar que essas são “tendências gerais” pelas quais vem passando o trabalho durante o desenvolvimento do capitalismo. Como representações abstratas, não se pode incorrer no equívoco de tentar transpô-las mecanicamente para as situações concretas. As relações e processos histórico-concretos não são simples apresentações das tendências gerais, pelo contrário, constituem-se em manifestações do real, a partir do qual as leis gerais são elaboradas e sistematizadas através de processos de abstrações sucessivas (GERMER, 2003). Portanto, ao estudarmos diferentes processos de trabalhos concretos iremos nos deparar com características e elementos que extrapolam as definições genéricas. Mesmo a apresentação de cada tendência destas acima descritas apresenta inúmeras variações quando analisadas em diferentes processos concretos. A progressiva divisão do trabalho, por exemplo, não se apresenta no mesmo grau em todos os processos de trabalho. O grau de especialização e simplificação do trabalho também se apresenta mais intenso em alguns setores e menos em outros. Há setores mesmo em que predominam grande número de elementos da divisão manufatureira do trabalho ou do artesanato. Dizer que existe um

movimento geral que subsume progressivamente o trabalho social, em suas mais diversas apresentações, ao capital não significa dizer que esse movimento apresenta-se de maneira homogênea, uniforme para todas as apresentações do trabalho. Veremos adiante que a incompreensão dessas múltiplas possibilidades de apresentações concretas do trabalho social irá levar muitos autores a propagar a não correspondência dessas tendências gerais em alguns tipos específicos de trabalho. É o caso do trabalho em serviços, que veremos a seguir.

Antes, porém, de passarmos a outro capítulo cabe ressaltar o caráter histórico e socialmente determinado que a qualificação para o trabalho representa dentro do campo teórico do materialismo dialético. Apreender esse caráter histórico significa interpretar as diferentes apresentações da qualificação ao longo da história como expressões das necessidades postas pelo desenvolvimento das forças produtivas do trabalho humano sob determinadas relações sociais. Portanto, ser qualificado para o trabalho, segundo essa leitura, significa ser capaz de executar eficientemente as práticas – manuais e ou mentais – necessárias e requeridas por determinado processo de trabalho (ou por etapas do mesmo) inserido em determinado período histórico. Logo, segundo Silva (2005), para se conseguir apreender o movimento de determinado aspecto do real em toda sua complexidade faz-se necessário evitar análises permeadas por leituras de cunho valorativo. Um exemplo, segundo a autora, de uma leitura permeada por aspectos valorativos é a tendência de vários autores, dentre eles, BRAVERMAN (1987), não obstante sua valiosa contribuição para a compreensão do capitalismo monopolista, em descreverem o processo progressivo de simplificação do trabalho sob o capitalismo, descrito por Marx, como um processo de *desqualificação* do trabalhador. Na leitura da autora, com a qual temos acordo, o trabalhador parcelar da manufatura e da indústria não pode ser considerado desqualificado; pelo contrário, seu nível de qualificação responde perfeitamente às exigências desses processos produtivos. Caso esse trabalhador da indústria tivesse de trabalhar sob o artesanato, de fato apresentar-se-ia desqualificado para as exigências daquele processo de trabalho. Mas o contrário também é verdadeiro. Ou não teve o capital de lutar incessantemente contra a rebeldia e a baixa produtividade do artesão a fim de transformá-lo em

trabalhador parcelar, *qualificando-o* assim para a manufatura e a indústria? Isso não significa negar as conseqüências da *unilateralidade*, do trabalho alienado e degradante sobre o desenvolvimento do gênero humano, negando assim a luta pela construção de novas relações sociais no processo de produção da existência humana. Significa, todavia, apreender esse processo como também determinado por condições materiais necessárias ao desenvolvimento da humanidade em determinado período histórico. Vejamos agora como se apresentam essas tendências da qualificação para o trabalho sob o capitalismo em um setor mais “atípico”.

3 A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO EM SERVIÇOS

Todas as coisas de que falo são de carne
como o verão e o salário.
Mortalmente inseridas no tempo,
estão dispersas como o ar
no mercado, nas oficinas,
nas ruas, nos hotéis de viagem.
(GULLAR, 1998: 24)

Ao elegermos como objeto de análise o processo de transformações pelas quais vem passando a qualificação do trabalho em saúde surge imediatamente à nossa frente o conceito de “serviços”. A temática do chamado “trabalho em serviços” tem sido foco de acaloradas polêmicas, principalmente, a partir da década de 70. De uma maneira geral, essas polêmicas têm girado em torno de questões como: a dinâmica de crescimento desse setor; as semelhanças e diferenças entre o trabalho em serviços e o trabalho industrial; e, conseqüentemente, acerca de até em que nível o primeiro passa pelos mesmos processos históricos que o segundo em relação a vários aspectos como organização interna do processo de trabalho, possibilidade de autonomia dos trabalhadores na execução e controle, relação entre trabalho manual e intelectual, entre outros (MILLS, 1979; BRAVERMAN, 1987; OFFE, 1991; HARDT & NEGRI, 2001). Pensamos que grande parte dessas divergências pode ser resumida em duas questões, quais sejam: a questão da natureza tecnológica de alguns processos de trabalho chamados “serviços”, o que coloca especificidades em seu operar e, postas estas especificidades, como se dão seus processos de subsunção às relações sociais de produção capitalistas.

Antes, porém, de adentrar esse campo obscuro das polêmicas e contradições torna-se fundamental proceder a um inventário da gama de conceitos e categorias pertencentes ao campo do chamado “trabalho em serviços” a fim de delinearmos melhor o cenário de nosso debate. E aqui já aparecem as dificuldades dos diferentes autores para conseguirem chegar a definições comuns e coerentes acerca de um objeto aparentemente comum. A maioria das definições relativas a esse objeto – o trabalho em serviços – tenta buscar aspectos comuns presentes em várias apresentações

concretas de trabalho e usá-los como sustentáculo de um conceito universal. Já se elencou como aspecto comum a todos os tipos de “trabalho em serviços”, por exemplo, a sua pretensa “*imaterialidade*”(HARDT & NEGRI, 2001); ou localizaram-no no campo do “trabalho intelectual”, recorrendo à já estudada divisão do processo de trabalho (MILLS, 1979); ou, ainda, usaram como elemento central de sua definição, sua inerente improdutividade (OFFE, 1991). Muitas vezes o conceito do que seria, enfim, o “trabalho em serviços”, pela dificuldade em estabelecê-lo, esteve vinculado a definições negativas. O “trabalho em serviços” seriam todas as formas de trabalho que não se encaixassem na definição de trabalho industrial; ou que não pertencessem ao setor primário (indústrias de extração e agricultura) nem ao setor secundário (indústria de transformação). Claus Offe, talvez a principal referência nessa temática, por se dedicar ao estudo do trabalho sob o capitalismo contemporâneo, em especial ao chamado “trabalho em serviços”, julgou ter resolvido a questão quando propôs a seguinte definição:

Na nossa abordagem, a identidade sociológica de todas as atividades de prestação de serviços consiste em que todas elas têm a ver com a segurança, conservação, defesa, vigilância, certificação de formas históricas de circulação e das condições funcionais de uma sociedade e seus sistemas parciais. Sua característica distintiva é a ‘manutenção de algo’. Essa atividade de manutenção pode perfeitamente dirigir-se a objetos físicos – como nas atividades produtivas. Como exemplos de tais serviços ‘materiais’ temos os trabalhos de conserto e limpeza, serviços de saúde, e trabalhos de desenvolvimento técnico. No entanto, esses serviços materiais se distinguem das atividades produtivas na medida em que são efetuados para a manutenção das condições físico-técnicas da produção, e não *enquanto* produção; sua relação com a produção é, antes de mais nada, reflexiva. (OFFE, 1991; 18)

Como tentaremos demonstrar, todas essas tentativas de definições representam apreensões, pelos respectivos autores, de aspectos parciais acerca do fenômeno chamado “trabalho em serviços”. Apreendê-lo em sua totalidade e, principalmente, não incorrer no equívoco de cristalizar um momento, visto que seu objeto continua em constante transformação, parece ser o grande desafio. Algumas respostas para essas dificuldades, a nosso ver, podem ser encontradas se nossa análise partir, não do *particular* – essa ou aquela forma concreta de trabalho – mas do *universal*. Compreender o fenômeno em sua universalidade, suas determinações e inter-relações mais gerais, permite estabelecer um diálogo mais fidedigno com cada apresentação

particular desse no real. Procederemos agora, portanto, a um processo de breve síntese dos aspectos acerca do trabalho que podem nos dar elementos preciosos para a compreensão de nosso objeto. Fazemos questão de ressaltar, no entanto, que esse exercício visa apenas fornecer subsídios para a compreensão do processo de qualificação do trabalho em um setor específico do chamado “setor de serviços”: o trabalho em saúde. Portanto, não faremos uma análise pormenorizada, o que sempre impõe riscos de generalizações e de não abordagem de elementos importantes, devido ao caráter resumido dessa opção.

Como vimos em capítulo anterior, o trabalho, em nossa compreensão, consiste no processo através do qual os seres humanos relacionam-se entre si e com a natureza visando a satisfação de suas necessidades. Como com o desenvolvimento da sociedade humana surge progressivamente uma gama muito ampla de necessidades a serem satisfeitas, tornou-se impossível para um indivíduo isoladamente a produção de todas as condições para a satisfação das mesmas. Isso foi um impulso para que surgisse a partir de certo estágio da história da humanidade a divisão social do trabalho, na qual cada sujeito se especializa na produção de um tipo de produto diferente e adquire os outros necessários à sua existência através do intercâmbio com outros produtores. As diferentes apresentações do trabalho, em última instância, representam, portanto, diferentes formas de satisfação de necessidades diversas da espécie humana em períodos históricos determinados.

Sob o capitalismo essas mesmas categorias apresentam-se subordinadas a certas relações que lhes dão nova qualidade. O modo de produção capitalista, assim como outros modos de produção anteriores, é constituído por diferentes classes sociais definidas a partir de sua relação com a propriedade dos meios de produção. Em todas as sociedades de classes – escravismo, feudalismo, capitalismo - a classe proprietária dos meios de produção estabelece relações que lhe propiciam viver da exploração do trabalho das classes não proprietárias. Sob o capitalismo esse processo se dá através da universalização dos produtos do trabalho sob a forma mercadoria. É através da produção de mercadorias que os capitalistas podem extrair sobre-trabalho na forma de mais-valia (ou mais valor). Portanto, sob o capitalismo o processo de trabalho

encontra-se subsumido ao processo de valorização (ou de extração de mais valor). Por isso, Marx dirá que o trabalho se apresenta com duplo caráter; por um lado produtor de produtos úteis que satisfazem necessidades (valor de uso), e, por outro, simplesmente produtor de valor. O primeiro, o trabalho concreto, transparece nas diferentes atividades produtivas que realizam os seres humanos – marceneiro, sapateiro, etc. Já o segundo, o trabalho abstrato, não se apresenta nas diferentes atividades, mas naquilo que elas apresentam em comum: o fato de serem todas atividades laborativas, ou seja, trabalho em geral. Esse duplo caráter do trabalho se transparece no duplo caráter da mercadoria que é, ao mesmo tempo, valor de uso e valor. É através da produção de mercadorias que o capitalista consegue fazer com que a força de trabalho gere mais valor que é ampliado continuamente na forma de capital. Pela primeira vez na história da humanidade o caráter do trabalho de gerador de valor é sobreposto ao caráter de gerador de produtos úteis, cuja função é satisfazer necessidades. Portanto produzir valores de uso deixa de ser fim e passa a ser meio, meio de extração de mais valor. A esse processo Marx (1979) denominou subsunção do trabalho ao capital. Logo, a categoria “trabalho produtivo” em geral, sob o capital, passará a acompanhar esse processo histórico de subsunção. “Trabalho produtivo”, sob o capitalismo, deixa de ser a atividade produtora de produtos úteis (valores de uso) e se define pela capacidade do trabalho de ser fonte de extração de mais-valia.

Como vimos, também em capítulo anterior, do ponto de vista do processo de trabalho, esse processo de subsunção do trabalho ao capital se apresenta de maneira progressiva à medida que o modo de produção capitalista surge e se consolida. Em um primeiro momento, essa subsunção é apenas formal (ou parcial) – a manufatura – porque, embora se extraia mais-valor, o componente subjetivo – o trabalhador - ainda é dominante no processo de produção; e, em um segundo momento, essa subsunção torna-se real (ou total), através da implantação da indústria, quando a objetivação do trabalho se intensifica e o trabalhador fica subordinado à maquinaria.

Relembramos esses elementos com a finalidade de ressaltar os aspectos gerais do processo histórico de subsunção do trabalho social às relações sociais capitalistas para podermos, assim, adentrar o mundo das polêmicas acerca do “trabalho em

serviços” mais instrumentalizados. Desde já, portanto, nos localizamos dentro do campo teórico que compreende o “trabalho em serviços” como uma apresentação particular de um fenômeno universal: o trabalho humano sob o capitalismo. Tentemos, pois abordar os diferentes conceitos e categorias relacionadas a esse objeto tendo por referência a concepção acima citada acerca do trabalho.

3.1 TRABALHO EM SERVIÇOS: IMATERIAL?

Um primeiro aspecto que merece abordagem é aquele que versa sobre a possível “imaterialidade” do “trabalho em serviços” (HARDT & NEGRI, 2001). O que muitos autores convencionaram chamar “imaterial” refere-se a atividades laborativas cujos produtos não se consubstancializam em objetos “palpáveis”. No caso da educação, por exemplo, o produto do trabalho – a socialização/transmissão de determinado conjunto de saberes - não pode ser palpável, como o pode o produto do trabalho de um sapateiro. Embora não haja grandes controvérsias até aqui, pensamos que essa chamada “imaterialidade” deva ser relativizada. Isso porque, embora o produto do trabalho do professor, por exemplo, não possa ser palpável, ele possui determinações e repercussões bastante “materiais”. Podemos elencar pelo menos duas repercussões “materiais” do trabalho do professor: a primeira refere-se à dimensão de tornar acessíveis para os trabalhadores as técnicas e saberes necessários à realização de determinado trabalho – atividade material; a segunda refere-se à transmissão de determinados valores, visões de mundo, que colaborarão para condicionar determinadas formas de se relacionar em sociedade. A grande dificuldade em se apreender essas formas de trabalho como materiais, a nosso ver, é expressão da não apreensão das relações sociais como dotadas de materialidade. Citamos o caso do trabalho em educação e, para complicarmos um pouco mais as análises daqueles que tentam traçar uma linha mecânica de separação e exclusão entre material e imaterial, poderíamos citar o caso do nosso objeto: o trabalho em saúde.

Uma primeira característica que “complexifica” a análise do trabalho em saúde, em relação ao trabalho em educação e mesmo em relação a outros “trabalhos em

serviços” é o fato de seus produtos serem tanto de cunho “material” quanto “imaterial”. Como veremos no capítulo seguinte, a apresentação do moderno trabalho em saúde advém da unificação de práticas, outrora isoladas, em um corpo técnico-científico único, representado hegemonicamente na figura do médico-artesão. Esse processo, que se deu sob o capitalismo, foi responsável por unificar práticas intelectuais e manuais em um mesmo processo de trabalho. Isso significa que essa unificação de práticas foi responsável por transformar o trabalho em saúde em uma forma de trabalho que possui em seu arcabouço tanto práticas manuais, quanto intelectuais que, por sua vez, dão origem tanto a produtos “mais materiais” quanto a produtos “menos materiais”. Ou seja, segundo a definição daqueles que julgam existir um trabalho não material, o trabalho em saúde pode resultar tanto em um produto “material” quanto em um produto “não material”. Peguemos um exemplo concreto que pode ilustrar melhor o que estamos argumentando. O resultado de uma consulta clínica de um psicólogo, por exemplo, não seria, via de regra, um produto material. Pelo contrário, geralmente é caracterizado por um conjunto de conhecimentos/saberes que se sistematizam em recomendações/normatizações transmitidas/socializadas pelo produtor (o trabalhador) na sua relação com o consumidor. Essas normas socializadas podem ter resultados os mais diversos no plano subjetivo sem, necessariamente, haver uma relação com a constituição em um “objeto material” como definido pelos autores defensores desse conceito. Por outro lado, se a etapa do processo de trabalho agora analisado é uma intervenção cirúrgica, por exemplo, o seu resultado deve ser um produto material; nesse caso tratar-se-á de uma alteração anatômica que pode ser visível, palpável e poderá, inclusive, acompanhar o consumidor para o resto da vida.

Citamos esses casos concretos para demonstrar como, a nosso ver, esse critério da suposta “(i)materialidade” não ajuda a definir o campo do chamado “trabalho em serviços”. Mesmo que aceitássemos essa definição de material/imaterial, o que não é o caso, ainda assim isso não contribuiria para chegarmos a uma definição sobre o “trabalho em serviços” que nos instrumentalizasse em sua compreensão, visto que em suas mais diversas apresentações existiriam tanto trabalhos cujos produtos seriam “materiais”, quanto trabalhos cujos produtos seriam “imateriais”.

Segundo o método que nos guia nesse trabalho, qualquer apresentação particular do processo de trabalho só pode ser, por natureza, uma atividade profundamente material (LESSA, 2002). O fato de alguns de seus produtos/resultados poderem ser apreendidos por alguns sentidos humanos – tato, visão – e outros não, não altera em nada o processo geral; ou seja, o fato de o trabalho ser uma atividade prática cujo objetivo é prover as condições materiais da existência humana. Entendemos que, embora o resultado de uma prática em saúde, por exemplo, possa não resultar imediatamente em um produto “palpável” ou “visível”, sempre terá, em última instância, um resultado material. Isso serve tanto para o plano mais evidente das práticas normativas cujos resultados terão influência sobre o corpo – uma orientação nutricional terá conseqüências sobre a apresentação material do corpo – quanto, principalmente, para o papel superestrutural das práticas em saúde, como veremos adiante. Reproduzir as idéias, valores e normas dominantes, não significa reproduzir meras idéias. Visto que a ideologia não é um conjunto de simples idéias, mas relações sociais (materiais) sob a forma de idéias (MARX & ENGELS, 2002: 48), são expressões ideais de relações materiais, reproduzi-la significa reproduzir relações materiais. Portanto, o trabalho em saúde, de um modo particular, e o “trabalho em serviços”, de um modo geral, sempre tem como resultado/produto implicações materiais, seja na forma de objetos, seja na forma de relações sociais (materiais).

Portanto, abandonemos o conceito de “imaterial” utilizado dessa forma imprecisa e vejamos como podemos definir melhor essa “impalpabilidade” do “trabalho em serviços”. Nisso Marx pode nos dar uma boa pista em seu *Capítulo VI inédito de O Capital*. Ali o autor defende que “Serviço não é em geral mais do que uma expressão para o valor de uso particular do trabalho, na medida em que este não é útil como coisa mas como atividade.” (MARX, 1979; 118). Pensamos ser esta uma definição mais fidedigna e coerente com o real. Uma *atividade*, este é o produto útil dos trabalhos ditos serviços, seja o trabalho em educação, saúde, transporte etc. É como se processo e produto do trabalho, no caso dos “serviços”, confundissem-se, pois, em última instância, a *atividade* refere-se ao próprio trabalho *em ato*. O consumidor consome o trabalho *em ato*, e não o trabalho objetivado em um produto

destacável do processo produtivo. Essa particularidade fará com que as esferas de produção e consumo sejam uma só, no caso desses trabalhos. Porém, fazemos questão de ressaltar, uma *atividade*, mesmo não sendo palpável como um objeto, pode ser bastante material. O trabalho é a *atividade* mais material que existe, pois, como vimos, é o responsável pela produção da existência humana. No entanto, ele somente apresenta-se apreensível pelos nossos sentidos em suas formas “materiais”, transitórias, seja o agente, os meios ou o produto do trabalho. Não se apresenta como tarefa fácil apreender o trabalho para além de suas diversas formas, apreendê-lo essencialmente como esse *movimento* constituidor da existência humana. Entendemos o trabalho como esse movimento que, ora se apresenta mais subjetivado (na forma do agente), ora mais objetivado (em produtos ou meios de trabalho), ora se apresenta como produtor de “bens”, ora como produtor de “atos”. Prender-se a uma das formas e cristalizá-la, com fins de análise, significa paralisar esse movimento e é no que incorrem, por exemplo, os autores que se propõem a classificar um trabalho como “material”, outro como “imaterial”... Relembrar Fernando Pessoa parece-nos conveniente nesse momento:

(...) E pela primeira vez no Universo eu reparo
Que as borboletas não têm cor nem movimento (...)
A cor é que tem cor nas asas da borboleta,
No movimento da borboleta o movimento é que se move.
(...) A borboleta é apenas borboleta (PESSOA, 2006: 79).

As formas são apenas formas, o trabalho, em essência, está para além delas. Bem, toda essa digressão teve como objetivo demonstrar que o que muda do trabalho produtor de “bens materiais” para o trabalho “em serviços” é somente a forma como se apresentam seus produtos. Mas ambos, por serem trabalhos, constituem-se como parte do movimento produtor da existência *material* dos homens.

Veremos que o fato de seus produtos serem uma *atividade* e não “uma coisa” dará ao trabalho em serviços características peculiares em seus “modos de operar” e em seu processo de subsunção ao capital, o que impactará de maneira especial seus processos de qualificação.

3.2 TRABALHO EM SERVIÇOS: IMPRODUTIVO?

Vimos que um dos elementos que caracterizam o trabalho em serviços para Offe é o seu caráter improdutivo. O autor refere que esses tipos de trabalho “(...) são efetuados para a manutenção das condições físico-técnicas da produção, e não *enquanto* produção; sua relação com a produção é, antes de mais nada, reflexiva” (OFFE, 1991; 18). Portanto, a fim de esclarecermos se o caráter improdutivo faz parte das características que nos ajudam a definir o “trabalho em serviços”, vejamos mais de perto essa categoria.

Antes que o leitor, inconscientemente, ao se deparar com a categoria trabalho produtivo, possa incorrer em juízo valorativo e assim afastar o conceito do campo de sua definição científica, vamos recorrer a Marx nessa elucidativa citação a fim de iniciarmos o debate com o conteúdo bem delimitado:

Como o fim imediato e (o) produto por excelência da produção capitalista é a mais-valia, temos que somente é produtivo aquele trabalho que (e só é trabalhador produtivo aquele possuidor da capacidade de trabalho que) diretamente produza mais-valia; por isso, só aquele trabalho que seja consumido diretamente no processo de produção com vista à valorização do capital.

Do ponto de vista do processo de trabalho em geral, apresentava-se-nos como produtivo aquele trabalho que se realizava num produto, mais concretamente numa mercadoria. Do ponto de vista do processo capitalista de produção, junta-se uma determinação mais precisa: é produtivo aquele trabalho que valoriza diretamente o capital, o que produza mais-valia(...) (MARX, 1979: 108-109).

Portanto, não basta a definição geral de trabalho produtivo. O trabalho não existe de maneira abstrata. Como qualquer abstração, faz-se necessário trazê-la para o mundo concreto, das determinações materiais. E sob o capitalismo é acrescentada uma característica à concepção geral de trabalho produtivo, qual seja, a capacidade de gerar mais-valia. Não basta que o processo de trabalho produza uma mercadoria para ser produtivo, é necessário que desse processo se extraia a mais-valia que irá participar da acumulação do capital. Isso posto, estamos instrumentalizados para adentrarmos os mais diferentes processos de trabalho a fim de buscarmos possíveis relações com a acumulação do capital. Estamos liberados, inclusive, para analisarmos sob esse ângulo algo até hoje muito polêmico, que são as diversas apresentações do trabalho em

serviços. Veremos à frente um fenômeno que aconteceu com o trabalho em saúde, mas que pensamos não ser exclusividade deste; pelo contrário, pensamos que esse fenômeno é expressão de um processo mais amplo pelo qual passou e passa o chamado “trabalho em serviços” a partir de certo estágio de desenvolvimento do modo de produção capitalista, seu estágio monopolista. Esse fenômeno se refere à subsunção dessas apresentações do trabalho – os serviços – à dinâmica de valorização do capital. Trabalhos que até o século XIX eram realizados por trabalhadores autônomos, de maneira artesanal, geralmente com vínculo comercial ou filantrópico, passam a ser transformados em processos coletivos de produção; passam a ser permeados por elementos da divisão do trabalho, da cooperação e propiciam a consolidação de capitalistas como proprietários de empresas de prestação de serviços. Esse processo pode ser evidenciado no caso do trabalho em educação e saúde, por exemplo. É assim que a partir de meados do século XX começam a surgir/multiplicar grandes grupos privados que passam a investir seus capitais nos setores da educação, saúde, entre outros. Uma fatia do mercado até então pouco explorada pelo capital e com grande potencial de lucratividade. Hoje grande parte do trabalho em saúde, por exemplo, encontra-se dentro do setor produtivo gerando lucros estratosféricos aos “capitalistas da saúde” em uma dimensão comparável a grandes indústrias de “bens materiais” (BRAGA & SILVA, 2001). Poderemos ver que tanto o trabalho em saúde quanto o trabalho em educação⁸, até o século XIX eram realizados ou por trabalhadores autônomos ou por assalariados pelo Estado; durante o feudalismo havia ainda o caráter filantrópico dessas práticas sob controle da igreja. Esse processo em nada contribuía para a acumulação do capital. Por outro lado, era evidente a tendência crescente de transformação dos trabalhadores autônomos – como os médicos-artesãos e professores-artesãos – em trabalhadores assalariados; porém, somente como assalariados, ou do Estado ou de um pequeno capital comercial, e não industrial, ou seja, produtor de mais valia. Não ocorria ainda a subsunção desses processos de

⁸ Para evidência do processo de trabalho em educação nesse processo de transição ao capitalismo monopolista, pode-se consultar: ALVES, G. L. A produção da escola pública contemporânea; PONCE, A. Educação e luta de classes e SÁ, N. P. O aprofundamento das relações capitalistas no interior da escola.

trabalho ao processo de valorização do capital, embora, indiretamente, os primeiros já começassem a apresentar características de processos de trabalho já subsumidos. Esse processo faz parte daquilo que Mészáros (2001) definiu como instituição do “sociometabolismo do capital”. Ou seja, a lógica instituída pelo capital passa a dominar todos os aspectos da vida social inclusive para além do processo direto de extração de mais-valia. A análise desse momento histórico, anterior à fase monopolista do capitalismo, quando ainda não estava estabelecida a dinâmica do capital nessas áreas do setor de serviços, levou Marx a afirmar que

Em suma, os trabalhos que só se desfrutam como serviços não se transformam em produtos separáveis dos trabalhadores – e, portanto, existentes independentemente deles como mercadorias autônomas – e, *embora possam ser explorados de maneira diretamente capitalista*, constituem grandezas insignificantes se os compararmos com a massa da produção capitalista. Por isso, deve-se pôr de lado esses trabalhos e tratá-los somente a propósito do trabalho assalariado que não é simultaneamente trabalho produtivo (1979: 116).

Porém os tempos são outros; o modo de produção capitalista desenvolveu a tal ponto as forças produtivas como jamais visto na história da humanidade e adentrou sua fase monopolista⁹. É característica dessa fase do capitalismo o fato de o capital passar a impor ao trabalho em suas mais diversas apresentações, inclusive o trabalho em serviços, características muito semelhantes ao trabalho produtor de “bens materiais”, seja nas formas de organizar a produção – parcelarização do processo de trabalho; separação entre planejamento e execução; incorporação cada vez maior de tecnologia – seja nas características a que passa a ser submetida a força de trabalho – proletarianização; especialização do trabalhador, entre outros. A partir desse período histórico começam a se constituir grandes grupos capitalistas que passam a ver na produção da saúde e da educação, por exemplo, uma possibilidade de extração de mais-valia. O último refúgio para o trabalho em saúde e educação, fora do circuito direto de acumulação do capital, passa a ser o setor estatal, embora seja importante frisar que o processo de trabalho aqui não tenha ficado imune às características do

⁹ Alguns autores colocam o domínio do capital monopolista como apenas um, embora central, dos aspectos do atual estágio do capitalismo, e preferem chamá-la de fase Imperialista. Ver Lenine, O Imperialismo, Fase Superior do Capitalismo in Lenine, V.I. Obras Escolhidas em VI tomos. Lisboa: Edições Progresso-Moscovo e Edições Avante, 1984. Tomo 2.

trabalho subsumido ao capital; sejam elas, o estabelecimento da cooperação, objetivação ou parcelarização do trabalho. Longe disso, possivelmente o setor estatal tenha sido onde esse processo se deu de forma mais acentuada, embora se mantivesse fora do âmbito direto da acumulação do capital. Porém, a apresentação das características e dimensões do setor estatal é também determinada pelas fases de acumulação pelas quais passa o capital. Uma dessas fases é aquela que vai até o penúltimo quarto do século XX, período no qual o capital incumbiu o Estado por grande parte da responsabilidade de garantir a reprodução da força de trabalho, desonerando-se assim dessa tarefa. O auge dessa política deu-se com o Estado de Bem-Estar Social europeu. No entanto, a partir da crise de acumulação iniciada na década de 70 os Estados nacionais começam a abrir mão desse papel (COGGIOLA, O. & KATZ, C, 1995). São vários os motivos e dentre eles podemos destacar dois como centrais: em primeiro lugar a própria crise de acumulação do capitalismo levando a uma crise fiscal dos Estados nacionais impossibilitando-os assim de manter políticas públicas onerosas; e o fato de que o capital em virtude da crise começa a ter de lançar mão de novas estratégias a fim de compensar a queda tendencial da taxa de lucro. Entre essas estratégias, como vimos no primeiro capítulo, está a subsunção ao capital de processos de trabalho até então improdutivos, como é o caso de várias formas do trabalho em serviços (ANTUNES, 1995; HARVEY, 2004). Ou seja, a produção de uma mercadoria por um produtor independente ou pelo setor estatal não contribui diretamente para a acumulação do capital, porém se essa mesma mercadoria for produzida por trabalhadores contratados por empresas capitalistas extrai-se mais valia e adentra-se o ciclo do capital produtivo. Citamos aqui os exemplos dos trabalhos em educação e saúde por serem mais próximos de nosso objeto de pesquisa, porém não são os únicos. Mesmo serviços mais diretamente ligados à produção de “bens”, como transporte, limpeza, vigilância, deixam de ser executados pelas próprias indústrias e passam a ser terceirizados para empresas especializadas nesses serviços. Assim constituem-se verdadeiras “indústrias dos serviços”; São indústrias por serem propriedade privada de capitalistas, que empregam força de trabalho assalariada com a finalidade de produzirem mercadorias na forma de serviços que serão vendidos aos

mais diversos consumidores, sejam eles individuais ou industriais; ao final desse processo o capitalista extrai mais valor do que o inicialmente mobilizado para o processo produtivo; mais valor que é advindo do sobre-trabalho extraído dos trabalhadores sob a forma de mais valia.

Portanto, procurar definir o trabalho em serviços como um processo fora da esfera da produção, como faz Offe, não nos ajuda a compreender esse fenômeno em toda a sua complexidade e historicidade. Qualquer forma de trabalho, seja produtora de serviços ou de bens, pode ser produtiva ou improdutivo a depender da sua relação com o processo direto de valorização do capital. Para o capital tanto faz se a produção é de sapatos ou de aulas, o que importa é que desse processo se extraia mais valia, e é isso que torna um trabalho produtivo ou improdutivo, sob as relações sociais capitalistas. Todavia, é importante ressaltar que ao definir o trabalho em serviços como possuidor dessa função “certificadora” das estruturas sociais e econômicas, o autor consegue apreender um aspecto importante desse objeto, qual seja: o elemento superestrutural pertencente a várias das ditas “práticas em serviços”. Ou seja, apreende o papel fundamental que cumprem trabalhos como os do campo da educação e da saúde na função de reprodução das relações sociais de produção ao nível superestrutural, porém deixa de apreender o papel que podem ter essas apresentações do trabalho no plano infraestrutural ou produtivo. A análise de Offe é um precioso exemplo de como a captação de um momento e sua tentativa de cristalização em um conceito naturalizado pode gerar equívocos na tentativa de apreensão de fenômenos do real. O “trabalho em serviços”, de fato, apresentou-se hegemonicamente como improdutivo em determinado momento histórico; porém, o movimento de consolidação das relações sociais capitalistas transforma-o progressivamente em trabalho produtivo.

Bem, se os critérios de “materialidade”, “produtividade” ou de predominância manual/intelectual não são os elementos determinantes para se compreender os processos produtivos constituintes do chamado “trabalho em serviços”, quais devem ser os aspectos a serem examinados para nos fornecerem uma definição mais precisa desses processos? Como compreendemos o “trabalho em serviços” como uma

apresentação particular de um universal consubstancializado na categoria do *trabalho*, é importante ressaltar que se nos dedicarmos a examinar diversas manifestações concretas desse, visualizaremos todos os componentes de um processo de trabalho em geral, como: os meios de trabalho; o objeto do trabalho; e o próprio trabalho em ato. Por motivos óbvios não nos dedicaremos aqui a examinar esses elementos em diversas apresentações concretas de trabalho em serviços; isso será feito apenas no caso do trabalho em saúde no capítulo seguinte. O que importa destacar aqui é que esses elementos estarão sempre presentes, de maneiras sempre particulares nos mais diversos tipos concretos de trabalho. Portanto, não devemos procurar a diferença entre o “trabalho produtor de bens” e o “trabalho produtor de serviços” na ausência ou existência de elementos diferentes no processo de produção. Pelo contrário, devemos analisar como elementos comuns se apresentam de maneiras diversas, particulares. Isso, a nosso ver, é o que diferencia uma ou outra apresentação histórico-concreta do trabalho. Logo, vejamos as diferenças de apresentação de alguns elementos no caso do “trabalho em serviços”.

3.3 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO EM SERVIÇOS

Um primeiro elemento, já citado, que diferencia o “trabalho em serviços” do trabalho “produtor de bens” é que nos primeiros o produto do processo de produção se apresenta na forma de uma *atividade*, um serviço. Ao contrário de um produto palpável, como um sapato ou uma camisa, o produto do trabalho do médico consubstancializa-se em um *ato* de restauração/conservação do corpo, por exemplo; O produto do trabalho do professor consubstancializa-se em uma aula, que é um *ato* de transmissão/socialização do conhecimento; O produto do trabalho de uma indústria de limpeza é o *ato* de limpar; E assim sucessivamente.

Outro elemento que nos ajuda a definir determinado trabalho como pertencente ao campo do chamado “trabalho em serviços” refere-se à indissociabilidade das esferas da produção e consumo. Ocorrem as duas no mesmo espaço e

simultaneamente. A peculiaridade do processo de trabalho em serviços impossibilita uma separação espacial nítida entre o processo e o produto dessa prática. Marx discorreu sobre esse fato demonstrando como em determinados processos de trabalho – saúde e educação, por exemplo – as esferas da produção e consumo são a mesma. Dizer que as esferas da produção e consumo são uma só, significa dizer que elas ocorrem ao mesmo tempo e no mesmo espaço. No caso das práticas em saúde, por exemplo, o momento dessas esferas é o do encontro do produtor e do objeto de seu trabalho e, ao mesmo tempo, é o momento do encontro do produtor e do consumidor desse ato. Produz-se e se consome na mesma relação. Um produtor de sapatos, ao contrário, pode produzir os pares em uma fábrica e nunca ter conhecimento de quem irá consumi-los. O espaço e os sujeitos responsáveis pela produção e pelo consumo estão espacialmente e temporalmente separados.

Essas duas características que, a nosso ver, definem um trabalho como pertencente ao “setor de serviços” terão implicações importantes sobre a qualificação dessa apresentação do trabalho. Uma primeira implicação importante é o fato de que como o produto do “trabalho em serviços” é uma *atividade*; e como é difícil separar *atividade* e *agente*, o fator subjetivo do trabalho, ou seja, o trabalhador, apresenta-se em uma posição muito mais “central” do que no trabalho produtor de bens. O trabalho em ato apresenta-se como dominante nesse tipo de trabalho, pela sua própria configuração material. Isso, por sua vez, terá consequências importantes sobre o processo de desenvolvimento desse tipo de trabalho. O papel da tecnologia, por exemplo, tenderá a se restringir a instrumentos acessórios do trabalho vivo, ficando em segundo plano as tecnologias na forma de maquinaria, que pela sua própria natureza tendem a controlar o processo de trabalho e transformar o trabalhador em seu acessório. As manifestações da tecnologia nesse tipo de trabalho dão-se, hegemonicamente, na forma de saberes e técnicas direcionadoras dos modos de operar o trabalho. Mesmo processos de parcelarização do trabalho tendem a apresentar-se de maneira menos intensa nesses tipos de trabalho do que no trabalho produtor de bens. Isso, conseqüentemente, colocará limites maiores a graus crescentes de subsunção desses processos de trabalho ao processo de valorização do capital.

Consequentemente, a subsunção típica do “trabalho em serviços” parece ser a *subsunção formal*, ou seja, a extração de mais valia em um processo de trabalho em que o trabalho vivo ainda é hegemônico.

Essas características serão responsáveis por certa “inadequação” dos trabalhos em serviços à dinâmica de acumulação capitalista sob a forma industrial. Isso, porque as estratégias utilizadas a fim de subsumir progressivamente o processo de trabalho ao processo de valorização não terão a mesma eficiência quando comparadas à produção de “bens”. Terá o capital, por exemplo, de lidar com o fato de que, na maioria dos trabalhos em serviços, o trabalho vivo mantém-se como dominante e controlador do processo produtivo, sendo que o trabalho morto tende a se consubstancializar apenas em instrumentos controlados pelo trabalhador, e não em maquinaria. Por outro lado, ganha uma dimensão importante a interdependência entre os diferentes trabalhadores parcelares constituidores do trabalhador coletivo, visto que a tecnologia, por sua inserção limitada, apresenta-se com menor capacidade de funcionar como elemento unificador do processo produtivo.

4 O TRABALHO EM SAÚDE E AS RELAÇÕES SOCIAIS

Pois bem, analisamos o conceito de “trabalho em serviços” e suas principais características com a finalidade de apresentarmos o cenário no qual se encontra nosso objeto de análise nessa dissertação: o trabalho em saúde e sua qualificação. É a esse, portanto, que iremos nos dedicar a partir de agora em cada um de seus constituintes - seu objeto e determinações; seu agente (o trabalhador individual e coletivo); e os meios (saberes, tecnologias) – e na inter-relação entre eles, que acaba por constituí-lo como um processo profundamente complexo e histórico.

Ao nos depararmos com a maioria das análises correntes sobre o trabalho em saúde, podemos extrair alguns aspectos constituintes de uma concepção geral hegemônica acerca desse processo. O principal elemento que podemos perceber dentro dessa concepção é a alusão às práticas em saúde como encarnações de um conjunto sistematizado de conhecimentos científicos e tecnicamente estabelecidos à margem de qualquer influência dos fatores econômicos, sociais ou históricos. As diversas apresentações dos saberes e práticas em saúde tendem a ser analisados como parte integrante de um mesmo desenvolvimento linear do conhecimento científico ao longo da história humana. Um desenvolvimento naturalizado das práticas em saúde, como ciência biológica, que está diretamente ligado à concepção naturalizante do objeto e dos produtos dessa prática (NUNES, 2000). O objetivo genérico da terapêutica, por exemplo, que se caracteriza pela instauração e restauração do normal, quando questionado sobre o que é normal faz alusão direta às características anatomofisiológicas ao nível do corpo. Ao fazer alusão à anatomo-fisiologia, a prática em saúde ganha uma dimensão supra-histórica, científica, inquestionável. Afinal, para essa racionalidade, o corpo humano “é”. Independentemente de períodos históricos, modos de produção, o corpo humano é naturalmente um conjunto de sistemas formado por órgãos, constituídos por sua vez pelas menores unidades anatomofisiológicas – as células. Ao naturalizar e restringir, sob a égide da cientificidade, o objeto da prática em saúde ao corpo orgânico essa interpretação lança o alicerce sobre o qual edificará a tese da cientificidade dos padrões de normalidade. O normal, portanto, passa a ser

científico, provado microscopicamente se necessário, e baseado em leis *naturais* do desenvolvimento (LUZ, 2004a).

Para demonstrarmos o caráter limitado e, em última instância, ideológico dessas interpretações é necessário, acima de tudo, que recorramos à prática de trazer essas categorias/conceitos para o lugar de onde saíram – o real, e suas mais profundas determinações. E o real não é somente constituído por células e órgãos. Pelo contrário, o real é constituído por elementos, leis que extrapolam, questionam e, inclusive, determinam as interpretações a seu respeito.

4.1 O OBJETO DO TRABALHO EM SAÚDE: AS CONCEPÇÕES ACERCA DO CORPO; DO NORMAL E PATOLÓGICO; DA SAÚDE E DA DOENÇA

Olho-o de longe sem opinião nenhuma.
Que perfeito que é nele o que ele é – o seu corpo,
A sua verdadeira realidade que não tem desejos nem esperanças,
Mas músculos e a maneira certa e impessoal de os usar.
(PESSOA, 2006: 104-105)

Um primeiro passo fundamental para a compreensão de um dado processo de trabalho é partir da compreensão de seu objeto, pois, através de suas determinações e do papel que estas exercem, este revela o objetivo da prática analisada, possibilitando o vislumar do processo. Quando discutimos, sob o capitalismo, o objeto do trabalho em saúde – o *corpo* – e a relação deste com as práticas em saúde, deparamo-nos com uma tese hegemônica segundo a qual a representação do *corpo* e o trabalho em saúde são expressões de um desenvolvimento linear das ciências naturais. Desenvolvimento este que seria dotado de neutralidade em relação aos modos de organização social nos quais os homens se encontram inseridos. Alguns fatores colaboram para fortalecer essa representação do trabalho em saúde e de seu objeto como neutros, a-históricos. Um deles é o fato de o trabalho em saúde não ter surgido concomitantemente ao modo de produção capitalista. Pelo contrário, a existência de indivíduos que se detiveram na atividade de cura de enfermidades é conhecida nos registros das sociedades humanas mais antigas. Isso ajuda a reforçar a idéia de um desenvolvimento linear de práticas e

funções que sempre existiram e que, portanto, não devem ser influenciáveis/condicionáveis pelos diferentes modos de produção. Outro fator que colabora para manutenção dessa imagem de neutralidade é a forma específica como se configurou o exercício do trabalho em saúde sob o capitalismo. O espetacular desenvolvimento das forças produtivas também se reflete na ciência médico-biológica incorrendo em cada vez maior incorporação de tecnologia ao processo de trabalho em saúde, reforçando a idéia de um caráter de neutralidade e cientificidade dessas práticas (DONNANGELO, 1975). Procederemos a partir de agora a uma análise tendo por referência não o que dizem as ciências, mas o que diz a vida real dos homens; possivelmente aí encontremos elementos que nos ajudem a entender a historicidade do trabalho em saúde.

Ao nos atermos ao objeto do trabalho em saúde como conhecemos hoje, nos deparamos com o *corpo* humano; e é sobre ele que devemos nos debruçar inicialmente para compreender a conformação do trabalho em saúde e seus diferentes determinantes. Ao olharmos para o *corpo*, guiados pela racionalidade médica hegemônica, uma primeira conotação que salta aos olhos é aquela relativa às características anatomofisiológicas, ou seja, o *corpo* como representação da unidade de seus constituintes biológicos.

A partir disso, a concepção de *normalidade* estaria diretamente relacionada à manutenção da integridade estrutural e funcional das características biológicas naturais do *corpo*. Porém, concordamos com CANGUILHEM (1995: 188), quando afirma que “O conceito de norma é um conceito original que não se deixa reduzir – em fisiologia mais que em qualquer outra parte – a um conceito objetivamente determinável por métodos científicos. Portanto, rigorosamente falando, não há uma ciência biológica do normal. Há uma ciência das situações e condições biológicas chamadas ‘normais’.”

As normas não podem ser estabelecidas pelo microscópio ou pela clínica, estes são apenas instrumentos para expressão e legitimação das normas. A vida social estabelece normas a serem cumpridas utilizando-se, entre outros meios, da ciência. Portanto, cabe compreender o corpo para além dos elementos anatomofisiológicos,

para se conseguir identificar seus correspondentes padrões de normalidade sobre o qual incidirá o trabalho em saúde.

Uma excelente elaboração acerca de como o corpo extrapola sua dimensão biológica encontra-se descrita nos *Manuscritos Econômico-Filosóficos*. Ali, Marx demonstra como o corpo se encontra imerso no mar das determinações sociais. Aqui entendida a esfera social em seu sentido mais amplo, como sendo aquela explicativa das ações do homem sobre a natureza para a produção da sua existência material. Vejamos o que nos diz o autor sobre os órgãos dos sentidos, aqueles mesmos formados por justaposições anatomofisiológicas naturais...

O olho tornou-se um olho humano, no momento em que o seu objeto se transformou em objeto humano, social, criado pelo homem para o homem. (...) A necessidade ou o prazer perderam portanto o caráter egoísta e a natureza perdeu a sua mera utilidade, na medida em que a sua utilização se tornou utilização humana.(...) Consequentemente, além dos órgãos diretos, constituem-se *órgãos sociais*, na forma da sociedade, por exemplo, a atividade em direta associação com os outros se tornou um órgão da manifestação de vida e um modo da assimilação da vida humana.(...). A formação dos cinco sentidos é a obra de toda a história mundial anterior. (MARX, 2004: 142-144)

Mesmo as mais “ingênuas” estruturas biológicas – os órgãos dos sentidos - não escapam impunes à existência humana. Existência esta que ao ser social subverte o corpo anatomofisiológico à utilidade que a sociabilidade exige. Essa sociabilidade, inclusive, exige usos do corpo que extrapolam sua capacidade biológica, fazendo com que o corpo seja expandido a fim de corresponder a esses usos. Essa “expansão” pode se dar, por exemplo, pela criação de objetos que ampliem determinadas capacidades humanas. O microscópio amplia a capacidade de visão a um nível inalcançável para as estruturas anatomofisiológicas constituintes das retinas. Mas essa expansão pode se dar também a partir de outros elementos, não necessariamente materiais. Veja-se, por exemplo, o caso da cooperação. Os corpos anatomofisiológicos possuem uma determinada capacidade de trabalho, porém quando colocados juntos a trabalhar sob determinada forma de organização conseguem multiplicar várias vezes sua capacidade inicial de realização da mesma tarefa, a partir da constituição de um corpo social.

O que pensamos ser fundamental ressaltar é que o corpo só existe concretamente como corpo humano inserido em determinadas relações que os seres

humanos estabelecem entre si e com a natureza a fim de garantir sua existência material. É condicionado por essas relações “que o corpo se elabora e reelabora, de maneira tal a só realizar-se, mesmo como estrutura anatômica e fisiológica, através das qualificações ou determinações que adquire no plano da existência material e social.” (DONNANGELO, 1979: 24-5).

Portanto, os critérios de normalidade estão necessariamente determinados pelo uso atribuído ao corpo por essas relações e tomam a forma de normas, mas também de saberes e práticas, consubstancializados no que alguns autores denominam como *normatividade social* (CANGUILHEM, 1995). E o papel principal que cabe ao corpo nesse processo de garantia da existência material dos homens é o de ser o elemento fundamental que viabiliza a ação humana sobre a natureza. Portanto “o corpo se dispõe, antes de mais nada, como agente de trabalho”(DONNANGELO, op. cit.: 25). Como a representação do corpo e seus diversos padrões de *normalidade* são determinados pelo papel do corpo no trabalho, ou seja, na produção da vida material, serão diferentes essas representações na dependência das diferentes formas de se organizar essa produção. Além disso, dentro de um mesmo modo de organizar a produção há diferentes usos e significados atribuídos ao corpo, a depender de como se dá a inserção dos corpos nos diferentes espaços da estrutura da produção social. Podemos inclusive perceber como os diferentes modos de produção forjam concepções e representações do corpo e de sua normalidade diferentes, justamente por inseri-lo no processo de trabalho de maneira diferenciada.

Ao analisar, por exemplo, a compreensão/apreensão do corpo pelas diferentes classes sociais sob o capitalismo, Boltanski pôde perceber que

O interesse e a atenção que os indivíduos concedem ao próprio corpo, ou seja, à sua aparência, agradável ou desagradável e, por outro lado, às suas sensações físicas, de prazer ou desprazer, cresce quando eles se elevam na hierarquia social (...) ou seja, quando diminui a resistência física dos indivíduos, que não é outra senão a resistência que são capazes de opor ao próprio corpo e sua força física, ou seja, o partido que podem tirar do corpo. (BOLTANSKI, op. cit.: 135)¹⁰

¹⁰ Recorreremos nesse tema específico – o corpo e sua inserção social – à algumas elaborações de Luc Boltanski em sua obra “As classes sociais e o corpo” (vide referências bibliográficas), por entendermos que o autor conseguiu reunir um dos mais ricos materiais empíricos acerca das representações dos sujeitos acerca seu corpo. Embora Boltanski não tenha apreendido com tanta profundidade o papel das

Assim, ao analisarmos a sociedade capitalista, podemos perceber como para os sujeitos advindos da classe trabalhadora a integridade do corpo está diretamente relacionada à capacidade de se manter em condições de trabalhar. Essa valorização da capacidade de trabalho – sendo esta, em última instância, representada pela força física – é muitas vezes compreendida como resultado da “inculcação ideológica” de valores dominantes do culto ao trabalho. Ora, se compreendemos a ideologia como “expressão ideal de relações materiais” é porque ao olharmos para esse exemplo podemos ver que a concepção valorativa do corpo relacionada à capacidade de trabalho encontra correspondência na realidade. O trabalhador só entende o corpo sadio como aquele apto para o trabalho porque, para ele, de fato o corpo serve para trabalhar; a sua própria existência está na dependência desse trabalhar. Esse sistema de regras que determinam os comportamentos físicos dos diferentes agentes sociais e que BOLTANSKI (2004: 157) denominou como “cultura somática” nada mais é do que o “(...) produto das condições objetivas que elas traduzem na ordem cultural, ou seja, conforme o modo do dever-ser; são função, precisamente, do grau em que os indivíduos tiram seus meios materiais de existência de sua atividade física, da venda de mercadorias que são o produto dessa atividade, ou do emprego de sua força física e de sua venda no mercado de trabalho.”. Assim, é muito comum o fato de esses sujeitos, ao se depararem com o profissional de saúde, procurarem expressar verbalmente sua experiência com a doença através da manifestação de “fraqueza”, de “falta de força”. É como se, ao tentarem “encaixar” suas sensações nas classificações patológicas, recorressem a doenças que se manifestam de maneira semelhante – veja-se o uso freqüente das expressões como “anemia”, “queda de pressão”. As concepções acerca da saúde, da doença e do corpo encontram raízes nas relações sociais existentes.

Mas como explicar esse movimento, que consegue fazer a racionalidade médica, de transformação de um objeto tão complexo, um “modo de ser e estar” no mundo ou um “modo de andar a vida”, em algo tão mais restrito quanto o corpo anatomofisiológico? Bem, inicialmente é importante ressaltar que, segundo nosso

método, não se apresenta todo esse “poder” por parte das ciências. Pensamos, pelo contrário, que esse é um movimento mais profundo, na infra-estrutura social, que aspectos superestruturais como as diversas teorias científicas acabam por expressar e reproduzir. Analisemos essa questão onde ela se apresenta de maneira mais desenvolvida – a sociedade capitalista – e isso nos dará elementos para compreendê-la em outros momentos onde a consubstancialização do objeto do trabalho em saúde na forma do corpo não se apresentava com tamanha concretude. Pois bem, como sabemos, uma das características da sociabilidade do capital é o fato de colocar o valor de troca como o centro de suas atenções. Isso porque é através da hegemonização do valor de troca sobre o valor de uso que a busca do lucro se coloca acima da satisfação das necessidades dos seres humanos. Por isso é fundamental que tudo passe a apresentar, além de valor de uso, valor de troca, constituindo-se assim em mercadoria. Isso fez do modo de produção capitalista a *sociedade produtora de mercadorias*. Desde produtos inanimados até o mais animado de todos os produtos – o trabalho – passam a se tornar mercadorias. Ora, surge uma “pequena” contradição, o trabalho torna-se uma mercadoria, porém o trabalho não existe sozinho, “solto” no mundo. O trabalho existe concretamente, ou como produto do trabalho, ou como capacidade de trabalho. Nesse segundo caso, como consequência de se transformar a força de trabalho em mercadoria, o capital inevitavelmente também acaba por *reificar* o próprio suporte da força de trabalho – o ser humano. É esse o alicerce que possibilita à sociedade capitalista definir como objeto das práticas em saúde, não a vida humana em toda sua complexidade, mas simplesmente “uma coisa” – o corpo humano. E mais, o corpo humano doente, pois é esse que se torna uma questão importante para essa sociabilidade.

Ao analisarmos uma outra forma de sociabilidade, a feudal, por exemplo, poderemos ver que as representações acerca das práticas em saúde diferenciam-se como consequência da diferente forma de relação entre as classes no processo de produção da existência. A ausência de um mercado mundial de consumo integrado hegemônico da forma *mercadoria* fazia com que a pressão pela produtividade do trabalho não se apresentasse de maneira tão intensa e, conseqüentemente, o grau de

desenvolvimento das forças produtivas encontrava-se infinitamente menos avançado. Logo, embora o corpo também representasse o suporte orgânico da força de trabalho, esse era submetido não através de relações hegemonicamente mercantis, mas de vassalagem/servidão. A legitimidade dessa forma não se dava através da idéia de uma sociedade de indivíduos livres, iguais e proprietários de diferentes mercadorias – alguns proprietários de meios de produção e outros de força de trabalho – mas sim através de relações “naturais” e determinadas pela “vontade divina”. Portanto, o corpo apresentava-se, ideologicamente, menos como suporte orgânico para a força de trabalho e mais como “morada da alma”. Podemos inferir daí a “menor” importância dada ao corpo, que se refletia na baixa valorização das práticas de saúde e de seus agentes nesse período. Dos sujeitos realizadores das práticas em saúde, como veremos, o socialmente mais valorizado era o agente que intervinha sobre o corpo menos guiado pela organicidade e mais pela metafísica, o *físico*.

Portanto, pensamos que para se conseguir apreender o trabalho em saúde em toda sua complexidade é fundamental conseguir compreender seu caráter historicamente determinado sob pena de incorrer em legitimação de concepções parciais e fragmentadas. Esse processo de legitimação de concepções parciais é o modo através do qual as concepções representativas das relações sociais dominantes ganham a dimensão de concepções gerais, universais, portanto ideológicas, tendendo, assim, a serem naturalizadas através da supressão de seu caráter parcial e histórico. A concepção hegemônica hoje do trabalho em saúde como reparador de alterações anatomofisiológicas (doenças) ao nível do corpo, em relação a um normal naturalizado, também é expressão de uma dada racionalidade intrinsecamente interligada à consolidação do modo de produção capitalista. Uma racionalidade – científica, de inspiração positivista – que foi e é simultaneamente expressão e estímulo ao desenvolvimento das forças produtivas do trabalho sob essas relações de produção. Como sabemos, uma das principais características da doutrina positivista foi a ênfase dada à captação dos fenômenos naturais através da experimentação e a posterior extrapolação dessas leis aos fenômenos sociais procedendo, assim, a uma naturalização do social. Por isso, autores como Augusto Comte transitarão tão

facilmente entre as ciências naturais e sociais, propondo “várias semelhanças” entre elas (LUZ, 2004a). O trabalho em saúde através, principalmente, da medicina foi agente ativo desse movimento, como veremos a seguir.

4.2 O TRABALHO EM SAÚDE E AS NECESSIDADES HISTÓRICAS DO CAPITALISMO

Nos deixem sair
Somos além da conta
Nosso número se multiplica
quanto mais lutamos
por um centímetro de espaço
por uma tábua uma prancha (...)
Súbito somos
horrivelmente muitos
Pisoteamos
os pisoteados
massa bem tenra
Um pudim de pânico
que fede a medo (...)
(ENZENSBERGER, 2000: 48-49)

Para entendermos que papéis passam a assumir as práticas de saúde e seus sujeitos com a transição para o modo de produção capitalista, é necessário compreendermos como o nascimento de novas relações econômicas e sociais impõe a formas antigas, novas configurações sociais. As práticas em saúde agora passarão a ser centralizadas e colocadas sob controle hegemônico do Estado, passando a sofrer o que Donnangelo caracterizou como um processo de extensão de sua interferência. A autora define essa extensão como relacionada tanto à ampliação “do campo de normatividade da medicina através da definição de novos princípios referentes ao significado da saúde e da interferência médica na organização das populações e de suas condições gerais de vida” quanto à ampliação do acesso ao cuidado médico (DONNANGELO, 1979: 33).

A análise do período que vai do final do século XV ao XVI como momento privilegiado do nascimento e consolidação das novas relações necessárias ao capital pode nos dar algumas pistas a respeito desse processo de reconfiguração das práticas em saúde. Esse período, dito mercantilista, caracterizou-se, entre outros aspectos, por

constituir-se em um momento de acumulação primitiva do capital. Marx apreendeu esse processo de acumulação primitiva para além da simples acumulação de capital “inicial” para a constituição das indústrias capitalistas. Mais do que isso, a acumulação primitiva representa o processo segundo o qual se constituem as condições necessárias ao estabelecimento de relações sociais de produção capitalistas. As condições para o estabelecimento dessas relações deram-se principalmente através: da expropriação dos camponeses de suas terras, transformando os meios de produção em propriedade privada de poucos proprietários; da transformação dos meios de trabalho em capital (constante); e da privação da grande massa de trabalhadores dos meios necessários à sua subsistência, o que os obrigará a vender sua força de trabalho (transformando-a em mercadoria) aos capitalistas a fim de obtê-los. Esse processo será responsável por prover os capitalistas de força de trabalho (capital variável) suficiente para as manufaturas nascentes. Some-se a isso, o processo de entesouramento a partir da extração de metais preciosos das colônias da América, Ásia e África, estabelecendo uma política de balança comercial favorável que intensificava o grau de exploração sobre as colônias, fazendo com que sua produção fosse voltada para o enriquecimento das metrópoles e, ao mesmo tempo, constituía um mercado mundial demandador de mercadorias que a baixa produtividade do artesanato e das relações servis não podia atender (MARX, 2001).

Portanto, para o fomento do capitalismo foi necessário acumular capital na forma de dinheiro/tesouros que subsidiassem a implantação das manufaturas e, mais tarde, das indústrias; porém, além disso, foi fundamental criar uma massa de trabalhadores expropriados dos meios de produção – a terra – que passassem a possuir como única alternativa de sobrevivência a venda de sua força de trabalho para as indústrias nascentes. Esse proletariado nascente também se constituiria no principal agente consumidor das mercadorias produzidas pela indústria moderna. Além do papel que caberia aos trabalhadores expropriados na esfera da produção, havia também a necessidade de “braços livres” para a constituição dos exércitos nacionais, visto que agora com o surgimento do Estado-Nação era necessário oferecer “proteção” a todo o povo. O principal agente político e econômico capaz de cumprir com essas tarefas,

fundamentais para a consolidação do capitalismo, na ausência de uma burguesia forte, já consolidada como classe dominante, foi o Estado Absolutista. Um Estado centralizado, mas ainda contraditório, pois, ao mesmo tempo em que a burguesia já começava a se tornar seu principal sustentáculo econômico, esta ainda estava se constituindo como classe politicamente dominante. Esse Estado, portanto, apesar de ser marcado ainda por uma disputa entre a burguesia ascendente e a nobreza decadente, vai se constituir no principal instrumento consolidador das novas relações de produção (POULANTZAS, 1985).

O fortalecimento desse Estado está relacionado ao papel que caberá a este frente às necessidades postas pelo desenvolvimento dos processos produtivos capitalistas e suas conseqüências. Uma dessas conseqüências refere-se às demandas postas pela grande quantidade de trabalhadores agora *livres* dos meios de produção e fora da tutela dos senhores feudais. No que tange às necessidades do capitalismo nascente em relação à força de trabalho, sobressai-se inicialmente o aspecto quantitativo. Expropriar os camponeses da terra é um primeiro movimento e esse processo inicia-se ainda sob as relações feudais, intensificando-se com o início do capitalismo ainda sob a cooperação simples, no século XVI. Posto isso, conseqüentemente, a partir do século XVIII, surge a necessidade de prover as condições de reprodução dessa força de trabalho disponível e não necessariamente ocupada nas manufaturas na mesma proporção em que são expulsos do campo. A expropriação dos camponeses cria uma grande massa de trabalhadores pauperizados que passa a servir de força de trabalho para a manufatura e mais tarde para a indústria nascente. Progressivamente esses trabalhadores passam a constituir, juntamente com artesãos e comerciantes, a população urbana¹¹ levando à mudança do centro produtivo/social do campo para a cidade (SWEEZY, 1977).

Uma vez estabelecida nas cidades uma população urbana progressivamente maior em relação ao período feudal, começa a haver uma pressão no sentido de reorientar o espaço urbano para as novas necessidades postas. A grande massa de

¹¹ Importante ressaltar que no início da constituição das manufaturas, grande parte destas localizava-se fora das cidades, devido à dependência direta de recursos naturais para a produção. Maior detalhamento em Marx, K. *O Capital*, op. cit.

trabalhadores passa a colocar para a nova sociedade questões novas, a serem resolvidas pelo Estado, como a da habitação, estrutura viária, acesso à alimentação e etc. Some-se a isso o fato de que as condições de miséria da imensa maioria da população conseqüentes ao processo de decadência do modo de produção feudal eram agravadas pela existência de inúmeras epidemias (Sarampo, Tuberculose, Febre tifóide, Difteria) que faziam com que as chances de sobreviver para os membros das classes trabalhadoras, principalmente as crianças, fossem muito pequenas. Se as epidemias já representavam um grave problema durante a Idade Média, agora, com o aumento da densidade populacional e a grande concentração de pessoas nas cidades, sem infra-estrutura adequada, têm o seu poder destrutivo ampliado enormemente. Dentre todos esses aspectos com que teve de se deparar o Estado, um nos interessa sobremaneira, qual seja, a questão acerca da demanda por ações de cunho higiênico-sanitário como requisito à manutenção da força de trabalho e, ao mesmo tempo, como instrumento normalizador/disciplinador necessário às relações sociais em consolidação.

Posta essa demanda, o Estado passará a atuar nas mais diferentes áreas do conhecimento que possuíam relação com esse objetivo. É o momento em que começam a surgir diversas formas de registros e estatísticas populacionais, implantam-se programas de controle populacional; no campo teórico, as diversas doutrinas políticas e econômicas passam a estudar e teorizar acerca da questão populacional¹².

No caso da área de saúde, esse é o primeiro momento em que começam a se configurar políticas e práticas estatais de grandes dimensões que passam a direcionar as ações em saúde. Uma grande ênfase começou a ser dada à questão higiênico-sanitária como critério direcionador dos rearranjos da vida privada e pública no meio urbano (AROUCA, 1975; BERLINGUER, 1978; MERHRY, 1987). Vida privada e pública, aliás, são conceitos que nesse período passam progressivamente a serem unificados sob a lógica do controle da população pelo Estado. A própria dimensão do

¹² Veja-se o surgimento de teorias como as de Malthus, em sua obra “Ensaio sobre o princípio da população” de 1798. Os economistas clássicos, como Ricardo e Smith, também começam a incorporar a categoria “população” com mais ênfase em suas análises. Veja-se “Riqueza das nações” de 1776, de Adam Smith.

corpo, como ente privado, advinda do período feudal passa a ser superada pela concepção de que o responsável pelo zelo de toda a sociedade é o Estado. Como a sociedade sob o regime jurídico-político burguês é constituída por indivíduos, cabe ao Estado o controle e a responsabilização pelas condições de vida e saúde desses indivíduos. O controle sobre o corpo, portanto, deixando de ser privado para se tornar estatal, é um dos aspectos de um controle que passa a atingir todos os aspectos da vida dos indivíduos. Donnangelo, quando analisa como se deu esse processo em um país específico, a Alemanha, conclui que a aplicação dessas práticas estatais

(...) marcaram acentuadamente a prática médica na Alemanha e implicaram, em fins do século XVIII e princípios do século XIX, na implantação de um sistema complexo de observação e registro de nascimentos, de mortes, da morbilidade, da ocorrência de endemias e epidemias, bem como na instauração de uma série de mecanismos de controle, pelo poder político, da formação do médico, do exercício da prática médica, dos efeitos dessa prática sobre o estado de saúde das populações. Implicaram, enfim, em um esquema de disciplinarização da medicina pelo Estado e em uma correspondente função de controle atribuída à medicina sobre a vida social. (DONNANGELO, 1979: 51).

Concomitantemente a esse processo de atendimento das necessidades impostas pelo capital para viabilização das relações capitalistas emergentes, o Estado terá de lidar com as reivindicações impostas por outros agentes que entravam em cena nesse período. O principal deles era o proletariado nascente, mas também havia setores do campesinato e da pequena burguesia que passaram a participar da configuração da arena política nesse período revolucionário. As “massas”, embora sob comando da burguesia, também tiveram um importante papel na derrubada do feudalismo e agora aproveitavam, ainda que debilmente, a situação de instabilidade política – já que o domínio burguês não estava plenamente consolidado no campo da política – para colocar suas reivindicações. Por isso, essas questões acerca do rearranjo urbano, da miséria e das condições higiênico-sanitárias comporão o quadro das insurgências populares durante os séculos XVIII e XIX.

Obras como as de Donnangelo (1979) Mendes-Gonçalves (1994) e Ayres (2002) analisam esse período demonstrando a relação entre o surgimento, pela primeira vez, de concepções emancipadoras acerca da saúde – vinculada aos seus

determinantes sociais – e o surgimento de expressões e concepções políticas advindas da classe trabalhadora.

A Revolução Francesa constitui-se em um exemplo extremamente ilustrativo desse movimento. Se por um lado a burguesia lutava para hegemonizar a ideologia de liberdade e igualdade política formais dos cidadãos através das relações jurídico-políticas consubstancializadas pelo Estado-Nação, por outro lado, “os de baixo” inseriam no campo político a discussão acerca da “questão social”. A principal expressão política desse movimento por parte das massas se dava através do Jacobinismo, cujo conteúdo era composto pelos ataques à riqueza e pelos apelos à igualdade social. Esse movimento das massas despossuídas era movido pelas condições miseráveis em que se encontravam o proletariado nascente e o campesinato sobrevivente à queda do feudalismo. Como vimos anteriormente, as condições de vida para essas classes e camadas sociais eram as piores possíveis nesse período. A expropriação do campesinato dos meios de produção e a liberação de uma grande massa de trabalhadores para as cidades a fim de servir de força de trabalho à indústria nascente não foi acompanhada simultaneamente de condições estruturais que garantissem, inclusive, a reprodução dessa força de trabalho. Portanto, a ideologia Jacobina é fruto dessa situação de miserabilidade, de precárias condições de moradia, trabalho, saúde, higiene, alimentação, em que se encontravam esses setores. Como expressão política de várias camadas sociais em transformação, sendo a principal delas a pequena-burguesia urbana, em um momento de instabilidade social, essas concepções também eram em si muito “espontâneas” e se caracterizavam pela insuficiência conceitual própria da limitação que as condições materiais impunham. É assim que se deve compreender a elaboração de idéias e teses acerca da constituição de uma “República Social” de caráter popular baseada na solidariedade e na felicidade. Apesar disso, diversos autores localizam na atuação dessas camadas, expressa na concepção jacobina, um importante componente na conformação de alguns princípios e práticas do Estado capitalista moderno. Vejamos, por exemplo, os princípios do “Bem-estar comum” e do direito do acesso universal aos fatores que propiciam esse bem-estar; sejam eles os “direitos naturais” do homem – entre os quais se inclui o

direito à alimentação, saúde, moradia. Segundo DONNANGELO (1979: 55), “Deve-se mesmo admitir que a ideologia jacobina tenha sido fundamental na organização dessa ‘vontade coletiva’ nacional-popular que, baseada no irrompimento da grande massa do ‘povo’ na vida política, permitirá a constituição do Estado burguês na França”. O Estado capitalista, portanto, deve a sua constituição a esse processo contraditório no qual agiam outras forças, além da burguesia, e às quais ela teve de fazer concessões a fim de incorporar todo o povo ao seu projeto societário. Essa conjuntura revolucionária também será espaço para começarem a se consolidar, ainda que de forma incipiente, as primeiras teorias e expressões políticas do proletariado, como aquelas sob a forma do socialismo utópico. Esses movimentos por “reformas profundas dentro da revolução”, inspirados pelas reivindicações de igualdade social vão influenciar também o campo das práticas e concepções da saúde. Associadas às propostas de reformas sociais, surgem, a partir do final do século XVIII e durante a primeira metade do século XIX, diferentes propostas de reforma médica que passaram a ser reunidas sob a denominação genérica de *medicina social*. Essas concepções se caracterizavam, por um lado, em incorrer a principal causa das enfermidades às condições de vida e, por outro, em sugerir à medicina um papel de “organizador social”. Os principais representantes desses movimentos foram Jules Guérin, na França, e Rudolf Virchow e Salomon Neumann na Alemanha. Nas elaborações dos três pensadores podemos identificar os princípios gerais dessa concepção: como existe uma relação de causalidade evidente entre a vida social e as condições de saúde-doença, a interferência para combater as enfermidades e promover a saúde deve se dar tanto no campo médico quanto no campo social; é necessário também que a medicina não se restrinja à interferência no nível do biológico devendo também ter a função de agir sobre a realidade social no sentido de ajudar a corrigir possíveis distorções; como cabe ao estado zelar pelo bem-estar dos cidadãos deve caber, portanto, a ele a função de promoção das condições de saúde dos indivíduos (DONNANGELO, 1979; MENDES-GONÇALVES, 1994).

A profundidade dessas propostas demonstra a correlação de forças sociais presente na Europa nesse período. Se, por um lado, a burguesia lutava para transpor

sua hegemonia econômica para o campo político-ideológico e, dessa maneira, lançar as bases definitivas da consolidação do modo de produção capitalista, por outro lado, o proletariado (no século XVIII), inspirado pelas idéias dos socialistas utópicos, já ensaiava dirigir a massa de despossuídos no sentido de aprofundar o máximo possível a revolução democrático-burguesa.

Portanto, a partir da segunda metade do século XVIII o desenvolvimento progressivo das forças produtivas e a consolidação das relações capitalistas de produção, se por um lado passaram a fazer com que a burguesia pisasse terreno mais firme e tivesse bases materiais mais sólidas para estabelecer sua hegemonia no campo político-ideológico; por outro lado esse mesmo desenvolvimento passava a cobrar da classe proprietária que definitivamente se apropriasse do aparelho de Estado para impor à sociedade européia as condições necessárias para um novo regime de acumulação do capital: a fase da grande indústria. Dentre essas condições, uma central era a reprodução da força de trabalho. Reproduzir a força de trabalho significa mantê-la fisicamente em condições de trabalhar, mas significa também discipliná-la para o trabalho. Foi o momento da repressão aos projetos contra-hegemônicos – vide os exemplos da Comuna de Paris e da Revolução Alemã – e de todas as suas manifestações. As propostas emancipadoras reunidas no corpo da *Medicina Social* e da Reforma Médica também passam a ser superadas nesse período, tendo apenas seus elementos menos contestadores incorporados à estrutura institucional do estado capitalista.

São principalmente duas as diretrizes que conduzem as ações do Estado capitalista a partir desse período no que se refere às práticas em saúde. A primeira refere-se ao “controle da pobreza” e a segunda ao “sanitarismo do ambiente” que incluía ações visando organizar/higienizar os espaços urbanos, enfrentando as grandes epidemias e reconfigurando a assistência às massas pauperizadas (AROUCA, 1975). O estado burguês havia aprendido que a falta de controle sobre esses fatores criou um ambiente propício para o surgimento de insurgências populares de grande dimensão. Insurgências que também se expressavam no campo da política, com o socialismo

utópico, e no campo das ciências com, por exemplo, a *medicina social*. Era necessário estabelecer mecanismos mais sólidos de disciplinamento da classe trabalhadora.

Com relação à assistência à pobreza, essa não deve ser interpretada como representação de políticas de garantia de direitos sociais; pelo contrário possuía um caráter sempre repressivo e determinado pelas necessidades postas pelo mundo da produção. A política de assistência à pobreza sob controle do Estado tem início com o próprio capitalismo em sua fase de acumulação primitiva. Como vimos, um dos elementos fundamentais dessa fase é a expropriação dos camponeses de suas terras a fim de liberá-los para o trabalho na indústria nascente. Todavia, uma “questão” com que teve de lidar o Estado burguês é o fato de não existir um emprego de trabalhadores nas manufaturas em número correspondente ao de expulsos do campo. A palavra “questão” aparece aqui entre aspas para que se evite juízo valorativo a seu respeito, a fim de podermos apreender em suas raízes o processo correspondente ao que Marx definiu como formação da *superpopulação relativa*. Esse processo, que corresponde à constituição de uma massa de trabalhadores expropriados em número maior do que as vagas geradas no processo produtivo, apresenta-se intrínseco às relações sociais capitalistas e garante um mecanismo de rebaixamento do preço da força de trabalho pelo mecanismo de concorrência a partir da constituição de um exército industrial de reserva. A consequência mais direta desse processo é que a pauperização tornou-se um problema em toda a Europa e passou a representar um “perigo” para sociedade de então. Desse período em diante, o Estado tem se ocupado de tratar a questão da pobreza conforme as necessidades impostas pela dinâmica do capital, funcionando como um “agente regulador” e disciplinador da oferta de força de trabalho. Durante o feudalismo as atitudes em relação à pobreza, por parte da Igreja, eram mais “protetoras” e “cuidadoras”. O número de pobres era pequeno, pois os trabalhadores encontravam-se vinculados à terra e conseguiam garantir seu sustento. Aqueles, raros, que não eram absorvidos pela “rede social” das comunas e feudos o eram pelas atividades de cunho filantrópico religioso. A partir do século XVII, os programas de assistência à pobreza que eram mais amplos e controlados pela igreja, passam ser controlados pelo Estado e assim prosseguirão por vários séculos. A assistência e as

legislações que inicialmente eram mais amplas passam a tornar-se mais restritas a partir do século XIX tendo como concepção a inserção dos sujeitos no trabalho através de mecanismos de punição e detenção como condição para acesso ao auxílio pecuniário. Portanto, a partir desse momento, com a necessidade crescente por força de trabalho, o Estado passa a prestar a assistência de maneira mais restrita, apenas para aqueles indivíduos considerados inválidos para o trabalho. O objetivo era obrigar os trabalhadores a se incorporarem ao exército disponível para o capital, de maneira inclusive a promover a concorrência entre os mesmos, diminuindo assim o preço da força de trabalho¹³.

A segunda diretriz do Estado capitalista a partir do final século XVIII e início do século XIX refere-se ao sanitarismo do ambiente e são essas ações que passam a constituir a partir desse momento a saúde pública como campo oficial (a lei inglesa da saúde pública é de 1875). Começam progressivamente a se constituírem aparatos técnicos e administrativos, como mecanismos de registros de mortalidade, processos de vacinação obrigatória, orientações de readequação do espaço urbano, com a finalidade de organizar ações de impacto coletivo sobre as condições de saúde das populações visando diminuir os níveis de mortalidade da população urbana. Assim

À medida que a urbanização, o aprofundamento da divisão social do trabalho, o aumento da dependência entre as nações e entre as diversas esferas da atividade humana caracterizavam a nova estrutura social como apresentando um grau mais complexo de socialização, as práticas de saúde tornavam-se ‘sociais’, no sentido de colocarem para si objetos explicitamente sociais como o meio, a cidade, a cultura, os comportamentos, os hábitos (MENDES-GONÇALVES, 1994: 73).

Como podemos ver, o processo de assistência à saúde no período pré-monopolista do modo de produção capitalista foi determinado pelas necessidades das relações sociais nascentes e concomitantemente ajudou a consolidá-las. Algo inicialmente determinado torna-se determinante sem deixar de ser determinado. O processo de trabalho em saúde institucionalizado, nesse momento, ficou

¹³ Um exemplo elucidativo de como foi tratada a questão da pobreza pelo capitalismo nascente se encontra nos estudos acerca das legislações sobre a pobreza nos países europeus, dentre os quais a Inglaterra com a “lei dos pobres” representa o caso mais didático. Uma análise mais pormenorizada é feita por Donnangelo, M.C.F. op. cit.

hegemonicamente vinculado à questão do sanitarismo do ambiente e das ações coletivas de controle da força de trabalho. Nesse período ainda não exerce papel predominante a assistência médica individual e a organização de grandes instituições com essa função. Já em um segundo momento, a partir do século XX, a dimensão que se sobressairá será a relativa à medicalização individual. Vejamos agora como, a partir desse momento, começou a se configurar *internamente* o processo de trabalho em saúde no campo da assistência individual. Se as práticas referentes ao controle do ambiente e da coletividade constituem-se inicialmente no campo da *medicina social* e depois se reduzem à *epidemiologia*, o processo de normalização ao nível dos corpos individuais deu-se hegemonicamente através da extensão do campo de atuação da assistência médica individual. Por isso os autores acima citados defenderão a tese da medicina como *disciplina social* em oposição à concepção hegemônica da mesma como disciplina do campo das ciências naturais.

Isso faz com que a maioria dos estudos acerca desse tema centre sua análise na prática médica, sendo essa a prática unificadora da área de saúde nesse período histórico, justamente por ser aquela que mais atendeu às necessidades das relações sociais hegemônicas como instrumento normalizador nessa área. Porém, como poderemos analisar, uma das principais características do trabalho em saúde sob o capitalismo monopolista será a incorporação de outros agentes a esse processo assistencial, transformando-o em um trabalho coletivo.

5 A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE SOB O CAPITALISMO

O que fizemos até agora nos capítulos anteriores – analisar o desenvolvimento do trabalho social sob o capitalismo e analisar a relação entre o objeto do trabalho em saúde e as relações sociais de produção – teve a função de servir de alicerce para subsidiar a análise de nosso objeto nessa dissertação, qual seja: a análise da qualificação do trabalho em saúde sob o atual estágio de desenvolvimento do capitalismo, com o objetivo de apreender tendências e contradições do movimento que realiza essa categoria sob esse modo de produção específico. Nosso campo de pesquisa será constituído pela produção teórica dos autores, principalmente brasileiros, mais conceituados e referenciados nessa área. Não obstante, além de recorrer aos mais destacados, recorreremos também a elaborações de vários autores menos conhecidos no campo da saúde coletiva que pensamos estarem contribuindo para esse difícil processo de compreensão. Como entendemos o real como “síntese de múltiplas determinações”, vemos muitas das diferenças interpretativas entre esses autores como possíveis manifestações da apreensão de aspectos diferentes desse real pelos mesmos. Diferentes interpretações podem significar olhares sobre diferentes aspectos de um mesmo real, vivo, complexo porque em movimento contraditório. É com essa compreensão que vamos propor algumas reflexões acerca de várias elaborações e poderemos oferecer nossa “arma da crítica” para a análise da produção de alguns autores. Pensamos, como Foucault (1984), que qualquer estudo sobre determinado objeto ao tentar questionar, fazer “ranger” sua produção teórica mais aprofundada, contribui para dar vida a essas obras e propicia uma melhor apreensão do real. Nosso objetivo é compreender como as tendências gerais e as contradições pelas quais passa o trabalho social sob o capitalismo contemporâneo se manifestam no caso concreto do trabalho em saúde e em que medida suas peculiaridades encerram outras contradições e tendências mais particulares. Centraremos nossa análise da qualificação do trabalho em saúde no período atual do capitalismo, porém, antes de adentrarmos o plano da reconfiguração interna das práticas em saúde sob o capitalismo, pensamos ser importante fazer uma breve análise se como se apresentavam essas práticas e seus

executores no período feudal. Isso se faz necessário, a nosso ver, porque no plano do real, diferentemente do que propagam as análises historiográficas, as transformações não tendem a ocorrer nas datas oficiais. Pelo contrário, o que se costuma captar como “momentos de mudança” tendem a ser, na realidade, momentos de “solução”, ou de “saltos qualitativos” de transformações que já vinham conformando-se, e até impondo-se no movimento contraditório do real. O caso do trabalho em saúde é uma expressão disso. O modo como se conformavam as práticas em saúde sob o modo de produção feudal persistiram em grande parte nos primeiros séculos do capitalismo e até hoje podemos sentir seus impactos sobre a organização do trabalho. Entender suas origens, portanto, pode nos ajudar a apreender as contradições do processo de conformação do trabalho em saúde à nova sociabilidade.

5.1 A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE ADVINDA DO FEUDALISMO

Procederemos agora a uma breve análise acerca de como as práticas em saúde se constituíram em um modo de produção anterior – o feudal – e quais suas determinações a fim de subsidiar a compreensão de como se deu a adaptação dessas práticas à sociabilidade do capital.

Diversos autores costumam centrar sua análise em dois aspectos que consideram fundamentais para demonstrar a diferença do trabalho em saúde do período feudal em relação ao capitalismo. O primeiro deles refere-se à extensão do acesso aos serviços de saúde. Sob o feudalismo somente um grupo restrito de indivíduos, geralmente advindos das classes dominantes, tinha a garantia da manutenção da integridade do corpo através das práticas de saúde. Os curadores mais respeitados – os *físicos* – muitas vezes existiam como empregados, súditos da nobreza e do clero, sendo que era sensivelmente menor o acesso das outras classes a esse serviço. A essas, geralmente restavam os serviços oferecidos pelos “práticos”, como barbeiros, parteiras, etc. Podemos identificar aqui como a ausência da necessidade, por esse modo de produção, de fazer avançar o desenvolvimento das forças produtivas, o

que era representado basicamente pela quantidade de força de trabalho disponível, determina a pouca importância dada ao corpo do camponês – o trabalhador típico desse período. É somente com a transição para o capitalismo, com a crescente necessidade de força de trabalho disponível, que o capital irá se ocupar de prover ações que visem à normalidade do corpo do trabalhador para as novas exigências que se apresentam.

Alguns autores (DONNANGELO, 1975; NOGUEIRA, 1977; SCHRAIBER, 1989) ressaltam, como consequência dessa pouca ênfase dada à questão da reprodução da força de trabalho por essas relações sociais, que se apresenta como característica importante do trabalho em saúde no período feudal a inexistência de um corpo técnico e um método de trabalho que unificasse as diversas práticas em saúde. Ao contrário, o que se apresenta é uma variedade de práticas, relacionadas ao que hoje chamamos área de saúde, dispersas na sociedade e sob domínio de diferentes sujeitos. Logo, outro fator que diferenciaria as práticas em saúde do período feudal em relação ao período capitalista seria a presença de uma diversificação da organização técnica e social dessas práticas, diversificação que aparecia refletida na diversidade de seus agentes realizadores. Importante ressaltar que a existência de diversos sujeitos realizadores das práticas em saúde não deve ser tomada da maneira como compreendemos o trabalho coletivo em saúde nos dias atuais. Não havia um objeto comum que unificasse as diferentes práticas e sujeitos em seu operar, como vemos atualmente. Pode-se dividir esses diferentes sujeitos em dois grupos tendo como referencial o conteúdo diferenciado de suas qualificações: um grupo era composto pelos sujeitos de origem erudito-religiosa e outro pelos “práticos” ou “leigos”; entre os primeiros destacam-se os *físicos* – os médicos clínicos da época – que passavam por formação em mosteiros (a partir do século X, nas universidades) e atendiam principalmente os sujeitos das classes dominantes, sendo remunerados diretamente pelo seu trabalho. No caso dos “práticos” os principais agentes eram os cirurgiões, cirurgiões-dentistas, barbeiros, boticários e parteiras. Ao contrário dos físicos, esses agentes eram oriundos das classes pobres (campesinato, artesãos) e geralmente prestavam atendimento às mesmas. Alguns desses agentes, como os cirurgiões, possuíam uma formação advinda das

corporações de ofício, exerciam seu trabalho de maneira artesanal e independente e eram remunerados diretamente pelos consumidores de suas práticas. Outros, como no caso das parteiras, exerciam um trabalho de cunho mais filantrópico-comunitário e a formação se dava diretamente pela transmissão oral entre as diferentes gerações. Dentre esses vários sujeitos dispersos realizadores das práticas que mais tarde seriam reunidas no campo do trabalho em saúde, destacam-se dois agentes principais: aquele de caráter mais erudito, filosófico-ideológico, que agia através de uma prática mais discursiva – os chamados físicos; e aqueles de caráter mais artesanal, com práticas manuais, dentre os quais se destacam os cirurgiões. Os primeiros correspondiam ao que mais tarde viria se configurar nos médicos-clínicos enquanto os segundos correspondem, sob o capitalismo, aos futuros médicos-cirurgiões. Vejamos uma elucidativa descrição desses dois agentes:

Por sua ação mecânica sobre o corpo humano, a cirurgia logo foi identificada a um tipo de trabalho físico. A medicina interna, por outro lado, revestiu-se de um caráter operacional menos nítido, sobretudo graças ao aparecimento do boticário, que tomou a si a tarefa de manipular as ervas e preparar as poções medicamentosas. A noção de trabalho chegou a ser apartada do exercício da medicina interna e suas qualidades de saber, filosófico ou prático, foram mais reconhecidas e acentuadas. Desse modo condições peculiares à sociedade medieval puderam fazer de seus praticantes figuras que se defrontavam antagonicamente: o humilde artesão face ao douto prestigioso, o homem da técnica face ao filósofo. (NOGUEIRA, 1977: 25)

Assim, se por um lado, os cirurgiões se incumbiam de um trabalho essencialmente manual, prático, com fortes repercussões corporais, - cuidavam de ferimentos externos, conseqüências de acidentes, guerras - por outro os físicos olhavam e agiam sobre o processo de adoecimento guiados por uma concepção essencialmente filosófica e metafísica acerca da saúde e da doença, tendo como principal instrumento da prática o discurso. A formação dos últimos acontecia nas universidades, era de caráter erudito e apoiava-se no acesso às diversas áreas do conhecimento, enquanto que o cirurgião se formava através do trabalho nas corporações de ofício. Na hierarquia social o físico apresentava-se em uma posição superior à do cirurgião, pois “assim como o clérigo, com quem frequentemente estava associado, ele (o físico) era um intelectual orgânico da classe dominante. A primazia

do físico na organização social da medicina tem raiz em seu desempenho intelectual, que contribuía para a reprodução, ao nível ideológico, das relações sociais prevalentes no feudalismo” (Ibidem: 10-11). Podemos interpretar essa submissão do cirurgião ao físico como reflexo da submissão de uma classe à outra e que também se expressava na submissão do corpo à alma, aspecto central da ideologia dominante nesse modo de produção.

Os outros trabalhadores que exerciam práticas de saúde também essencialmente manuais como o cirurgião-dentista e o boticário apresentavam-se, do ponto de vista da localização no contexto social, em uma posição muito semelhante à do cirurgião. No caso dos cirurgiões-dentistas, por exemplo, veremos que essa herança histórica terá repercussões sobre a constituição da odontologia como profissão, já sobre o capitalismo, pois “Em relação à natureza do Trabalho, pode-se dizer que, ao contrário da medicina, na atividade da odontologia predominaram, desde o início do seu desenvolvimento, as tarefas manuais, voltadas para a extração e reposição dos dentes, associando-se a uma função mais cosmética do que terapêutica, portanto, a uma imagem de trabalho ‘artesanal’ e ‘comercial’ e, por isso mesmo, de baixa estima social.” (CARVALHO, 2003: 32).

Os boticários foram os trabalhadores que progressivamente se apoderaram dos saberes e práticas referentes à preparação de poções e plantas medicinais. A prescrição do uso, porém, era atributo restrito aos físicos. Aos físicos, aliás, por serem os únicos profissionais de saúde com reconhecimento por parte do Estado e da Igreja cabia o papel de fiscalização e controle sobre os demais trabalhadores e suas práticas. Por serem os únicos formados em Universidades e sob tutela da igreja, exerciam controle sobre as corporações de ofício responsáveis pela formação e qualificação de vários práticos, como os cirurgiões, cirurgiões-dentistas e boticários.

Os trabalhadores da enfermagem surgiram com a fixação de sujeitos, geralmente mulheres, na função de ajudantes em hospitais e casas de caridade sob controle da igreja. Geralmente eram freiras que passaram a ajudar os doentes como atividade filantrópico-religiosa. Com o desenvolvimento dos hospitais, já sob o capitalismo, as “leigas” e “religiosas” serão substituídas por profissionais de

enfermagem que se constituirão essencialmente nos trabalhadores ajudantes do trabalho médico (PEDUZZI, 1998; BRAGA, 2000). Todos esses trabalhadores, assim como o cirurgião, encontravam-se submissos às determinações dos físicos. Porém, não era essa hegemonicamente uma submissão do ponto de vista do processo de trabalho, visto que as práticas existiam quase que independentemente. Os cirurgiões realizavam amputações e outros procedimentos quando fosse necessário; assim como os “cirurgiões-dentistas” extraíam dentes quando eram procurados ou assim como as freiras tratavam dos doentes, realizavam partos etc. Os boticários eram os que se encontravam mais “interligados” aos físicos, pois as “poções” que estes prescreviam passaram a ser produzidas por aqueles. O poder do físico representado na sua autoridade em relação aos outros era essencialmente o reflexo de uma relação de classe. Um era advindo e servia diretamente aos interesses da classe dominante enquanto os outros eram advindos das classes populares, principalmente dos artesãos e do campesinato.

Do ponto de vista da qualificação do trabalho o que caracteriza essas práticas existentes no período feudal é o fato de serem realizadas por produtores independentes, de forma artesanal. Alguns desses trabalhadores não eram produtores de mercadorias, visto que realizavam essas práticas com caráter filantrópico, religioso ou comunitário. No entanto, outros tinham nessas práticas a sua fonte de sobrevivência através da venda direta de seus serviços aos consumidores. De qualquer maneira, produtores de mercadorias ou não, todos eram artesãos independentes. O trabalho artesanal, como vimos em capítulo anterior, se caracteriza por estar totalmente sob controle do trabalhador. Este é responsável e controla todo o processo de trabalho do planejamento à execução, por isso vislumbra ao final do mesmo o produto como objetivação de seu trabalho. Como vimos também, a condição fundamental que fez com que o trabalho artesanal se tornasse a forma hegemônica durante o período feudal era o fato de o trabalhador deter a propriedade dos meios necessários à realização de seu trabalho. No caso do trabalho em saúde não era diferente. O antigo dentista, por exemplo, era proprietário de seus instrumentos de trabalho – alicates, brocas etc. -, por isso tinha total controle sobre seu trabalho e sobre os produtos do mesmo; vendendo-o

diretamente aos consumidores. A mesma coisa pode-se dizer dos boticários e dos cirurgiões. Importante ressaltar que essa propriedade dos meios de trabalho pelos produtores diretos era hegemônica nesse período, entre outros motivos, porque o baixo grau de desenvolvimento das forças produtivas não propiciava nem exigia a existência de grande instrumental tecnológico para a prática do trabalho em saúde. A tecnologia consubstanciava-se basicamente no *saber* necessário à realização do trabalho e, por ser detentor desse saber, podia o trabalhador dominar integralmente o processo de produção e de socialização dos produtos de suas práticas. O espaço dos atendimentos, somente para citar um componente dos meios de trabalho, por exemplo, era hegemonicamente o domicílio das próprias pessoas demandadoras dos serviços ou dos agentes curadores.

Como vimos, será o desenvolvimento e consolidação das relações sociais de produção capitalistas que colocarão a questão da reprodução da força de trabalho como necessidade histórica fundamental. Essa forma de trabalho, pautada no ofício e no artesanato, executada por produtores independentes, sem um método único que lhes propiciasse o estabelecimento de um processo de trabalho social, coletivizado, não se apresentava com capacidade produtiva de responder às demandas dessa nova forma de sociabilidade.

5.2 A PRIMEIRA FORMA DO TRABALHO EM SAÚDE SOB O CAPITALISMO

Com a passagem para o modo de produção capitalista, portanto, também as práticas em saúde passarão a sofrer alterações significativas para responder às necessidades postas pela consolidação das novas relações sociais em nascimento.

Como pudemos perceber, uma manifestação, talvez o fundamento, desse movimento que estamos analisando de mudança das práticas de saúde sob o capitalismo está na mudança do caráter do objeto dessas práticas. Para a nascente sociedade, alicerçada sobre a forma *mercadoria*, há uma mercadoria muito especial, a única cujo valor de uso se caracteriza por ser a capacidade de gerar valor. É a exploração dessa mercadoria, a *força de trabalho*, sob a forma especificamente

capitalista - através da extração de mais valia - que se sustenta toda a sociedade nascente. Pudemos daí compreender a centralidade que passa a adquirir a preservação/recuperação do *corpo*, como suporte orgânico da força de trabalho.

Com a transição para um modo de produção erigido sobre a exploração da força de trabalho - força de trabalho que se revela em última instância como a “capacidade do corpo em trabalhar” – através da extração de mais valia, a manutenção e recuperação do corpo tornam-se práticas fundamentais para a existência de toda a estrutura social. Assim, o processo de trabalho assistencial em saúde passará por uma reorganização de modo a poder assumir essa função central para a existência da sociabilidade nascente.

Esse papel que passará a caber ao trabalho em saúde, como vimos, não se dará somente no plano infra-estrutural - reprodução da força de trabalho de maneira estrita – mas também na superestrutura político-ideológica, como instrumento legitimador da ordem social que se estabelece sobre a exploração da força de trabalho através do uso dos corpos pelo capital (MERHY, 1987). Entender o processo de reprodução da força de trabalho como um processo que extrapola a manutenção material/orgânica do corpo é fundamental para se apreender o papel que caberá, na nova ordem, ao trabalho em saúde. Para garantir a manutenção de relações de exploração é necessário, além de manter íntegros os corpos dos trabalhadores, mantê-los também disciplinados para esse papel na esfera da produção social da existência. Por isso, adquirem papel central para o capital os aparelhos e processos de caráter ideológico que visam difundir e consolidar as concepções/normas/valores legitimadores da ordem capitalista. Como sabemos, em uma sociedade de classes elaboram-se diferentes representações e idéias, determinadas, entre outros aspectos, pelas diferentes interpretações que os indivíduos têm da realidade, a depender de sua localização em uma das classes. Sabemos também que a classe dominante só se mantém como dominante porque além de deter a hegemonia no campo econômico, a mantém também no campo das idéias e da política. Portanto, torna-se uma questão de sobrevivência para a burguesia a propagação de suas idéias e interpretações do mundo como forma de legitimar as relações sociais capitalistas.

Vimos também que os significados do corpo e de seus padrões de *normalidade* não são homogêneos, compartilhados por todas as classes. Assim como não são homogêneos os juízos valorativos referentes ao corpo e à sua manutenção. Porém, na sociedade capitalista o principal papel da ideologia dominante consiste em velar para os sujeitos existentes suas diferenças e antagonismos de classe, e apresentá-los como indivíduos-cidadãos iguais, perante a estrutura jurídico-política, que encontram sua unidade na idéia de Estado. A idéia, portanto, de igualdade social passa a ser legitimada através da transformação das necessidades (“iguais para todos”) em direitos naturais e iguais para todos os cidadãos. Aqui entra em cena a medicina que, segundo MENDES-GONÇALVES (1979: 172-173) contribuiu para construir

(...) uma concepção geral da saúde e da doença – e ter logrado fundamentar cientificamente essa concepção – fundada sobre a *individualidade* intrínseca dos fenômenos que aí intervêm, isto é, uma concepção que ressalta a saúde e a doença como situações vitais que dizem respeito ao homem indivíduo-biológico, independente de outras determinações, e indiferente às características peculiares dos grupos sociais. Entenda-se bem: a medicina não procurou negar – pelo menos não sistematicamente – a distribuição desigual da saúde e da doença na sociedade capitalista, mas, ao ter concebido a saúde e a doença como fatos objetivamente determináveis e ter inculcado essa concepção no conjunto da sociedade, transformou a saúde e a doença em “bens” cuja desigual distribuição estratifica os seres humanos quantitativamente, negando suas diferenças de qualidade: e isto se demonstra permanentemente no fato de que a doença que é diagnosticada reduz o homem concreto que aporta à condição de ser humano sem outras adjetivações senão essa que lhe é aposta pela medicina, individualizado e ao mesmo tempo universalizado igualitariamente através do mal e da prática que a esse mal se dirige (...) Em outros termos, através da reelaboração das concepções e das práticas de seu campo de atribuições, os profissionais médicos lograram alinhá-las às características gerais da ideologia dominante (igualdade essencial e entre os homens) e reservar para si mesmos, na elaboração dessas concepções e no controle dessas práticas, o papel de únicos trabalhadores qualificados, vinculando essa capacitação ao domínio de um determinado saber.

Portanto, segundo o autor, a extensão das práticas assistenciais em saúde, sob o modo de produção capitalista, conformar-se-á reforçando a idéia do cuidado com o corpo igualmente necessário e igualmente disponível. Isso, como sabemos, assim como a concepção burguesa de educação pública universal, não ocorrerá exatamente dessa maneira, visto que o acesso a tais “direitos universais” também serão determinados pelas inserções de classe dos diferentes cidadãos.

Como consequência dessa nova dimensão que adquire, no plano das relações sociais de produção, o objeto do trabalho em saúde, passa a haver uma redefinição de seu processo interno de trabalho assistencial. Uma dessas redefinições diz respeito à *unificação dos saberes e práticas*, outrora separados, em um campo delimitado e estruturado do conhecimento – a *clínica* – sob comando da *medicina moderna*. Uma *medicina* que já nasce demandada pelas novas relações sociais como elemento de grande importância para garantir a (re)produção da força de trabalho também no plano superestrutural, qual seja, o da *normalização social*. Um aspecto desse movimento consistiu na emancipação das ciências e suas apresentações tecnológicas, entre elas a medicina, em relação à religião, sob a direção da teoria *positivista*. O objeto das práticas em saúde que se referenciava em uma forma de totalidade (Deus-Homem-Natureza) passa a centrar sua visão no Homem como expressão do natural – daí as teorias de naturalização social como, por exemplo, a teoria da “história natural das doenças”. Ao descrever esse momento, Luz (2004a) lembra que as noções e conceitos presentes no saber médico antes do século XIX são as de racional, natural, social, vida, saúde e doença, compatíveis com a renascença; sendo somente a partir desse século que as noções de normalidade, patologia, equilíbrio e desvio se estabelecem, sob influência de uma apreensão positiva da realidade.

Em um segundo momento, a ruptura se dá entre o próprio Homem e a Natureza. O objeto deixa de ser o *Homem doente* em sua relação com o meio para se tornar o *organismo patológico*. Daí, a base para o estabelecimento da fragmentação do corpo pela ciência em um conjunto cada vez menor de partes – sistemas, órgãos, células, moléculas. Somente conseguimos apreender esse movimento em toda sua dimensão se entendemos o desenvolvimento da ciência e das teorias como também determinado pelo processo de consolidação das relações sociais hegemônicas – nesse caso as relações capitalistas. Os valores consubstancializados na doutrina liberal são os valores hegemônicos em nossa sociedade por corresponderem à forma como a classe dominante apreende e reproduz as relações sociais hegemônicas. Podemos ver, por exemplo, como a idéia de indivíduo apresenta-se como o valor máximo propagado em nossa sociedade. Essa propagação tem suas raízes na forma de organização da

produção social da existência sob a forma capitalista, qual seja a produção controlada por capitalistas isolados, individuais que produzem de forma autônoma sem precisar responder às necessidades sociais e guiando-se exclusivamente pelo mercado. Capitalistas que contratam indivíduos livres, proprietários de sua força de trabalho, e “iguais” perante a lei, que se deparam individualmente com o proprietário dos meios de produção no mercado. É por isso que o indivíduo se constituirá como núcleo social sob o capitalismo, indivíduo cujo agrupamento não forma, segundo Sartre (2002), uma comunidade, mas uma *serialidade*, ou seja, uma reunião de vários indivíduos em um mesmo espaço social, quando condicionado por relações capitalistas, não é capaz de conformar um grupo com laços comunitários, solidários. São essas condições sociais que propiciarão à moderna ciência isolar e fragmentar o *corpo individual* com base em sua constituição anátomo-fisiológica.

Portanto, a organização do processo de trabalho assistencial em saúde sob o método da clínica é expressão no plano tecnológico de um rearranjo do objeto das práticas em saúde no plano infraestrutural. A partir do momento em que o objeto das práticas em saúde aparenta deixar de ser um certo “modo de *estar e ser*” no mundo, ou seja, deixa de ser a “vida” para se restringir à manutenção do corpo orgânico, o processo de trabalho também precisa mudar. Sendo assim, para um objeto restrito ao corpo orgânico é necessário um método capaz de apreender o objeto nessa dimensão restrita, a anátomo-fisiológica. Segundo MENDES-GONÇALVES (1994: 66)

(...) uma das características mais importantes da concepção do objeto elaborada pela profissão médica – a clínica – é a individualização do normal e do patológico ao nível do corpo do homem indivíduo-biológico, que leva à ruptura das conexões sociais desse homem, e mesmo à ruptura das conexões desse homem consigo mesmo. Em outros termos, foi elaborada uma concepção da saúde que está inteiramente contida nos limites físicos, químicos e biológicos do corpo humano, e essa concepção mostrou-se capaz de instrumentalizar tecnicamente (e, portanto, ‘internamente’) o processo de trabalho, ao mesmo tempo em que o instrumentalizava socialmente (e, portanto, ‘externamente’).

Esse método ou “modelo tecnológico” de operar o trabalho em saúde é a moderna clínica. Os dois principais agentes da Idade Média – o físico e o cirurgião – darão espaço a um novo agente: o médico. Agente este, que passará a centralizar as práticas em saúde, agora sob a tutela do Estado, legitimado pelo caráter de

cientificidade e neutralidade que estas práticas passarão a adquirir sob o método científico/positivista da clínica.

O nascimento da medicina moderna, como corpo institucional, pode ser identificado com o momento de consolidação do Estado capitalista e seus aparelhos ideológicos (ALTHUSSER, 1985). Através da incumbência de um corpo de intelectuais detentores do saber acerca do corpo, que estão acima de questionamentos, estabelece-se um padrão de normalidade determinado pelas necessidades do novo modo de produção. E com a unificação das práticas médicas anteriores em um corpo técnico-científico, estruturado sob controle do Estado esses padrões de normalidade adquirem legitimação técnica suficiente para encobrir suas determinações de classe.

São por esses aspectos acima comentados, entre outros, que SCHRAIBER (1989: 86) irá dizer que “(...) a medicina participará, e contribuirá, tão de perto na constituição da ordem social capitalista, preservando-se seus agentes na situação de autoridade e poder, na qualidade de intelectuais dominantes e orgânicos da ordem social, a qual já detinha pelo menos parte dos agentes vinculados com a prática sobre o corpo e a doença, na ordem social anterior.”. Porém, a autoridade e o poder exercido pela medicina a partir de agora, ao contrário da ordem anterior, não terá como alicerce a religião. Esta, como principal objeto de legitimação da ordem anterior, será o principal adversário da nova classe dominante. Em oposição às “trevas”, as “luzes”; contra a religião, a *razão*. A ciência, sob direção da racionalidade positivista, passará a ser o referencial que poderá propiciar legitimidade a relações, sujeitos e práticas (LUZ, 2004a). Os médicos não terão dificuldade em se adaptarem a essa nova condição. Pelo contrário, seu poder e autoridade serão reforçados e ampliados. Se anteriormente a medicina, na figura dos físicos, exercia a prática diagnóstica e terapêutica guiada pela metafísica – sendo, por isso, mediadora entre a divindade e os sujeitos – agora ela é aplicadora da ciência. Ora, nesse momento a ciência médica e o médico se confundem, são indissociáveis. O acúmulo tecnológico é restrito e está integralmente sob domínio do trabalhador. Vimos que é característica do trabalho artesanal o completo domínio sobre os conhecimentos advindos do processo de trabalho. Nesse modo de operar, o aspecto subjetivo – o trabalho vivo – é dominante sobre o trabalho objetivado – o

trabalho morto. Veremos que os principais avanços tecnológicos do campo da saúde – instrumentos, equipamentos, medicamentos – somente ocorrerá a partir da revolução industrial. Portanto, no capitalismo a unificação das práticas de saúde em um sujeito principal, o médico, retira-o do papel de mediador (entre Deus e Homem) para colocá-lo, aparentemente, no papel determinante. Não há mais imposição por parte da igreja de normas e valores através da medicina; agora é a ciência, representada no próprio médico, que impõe normas. Ora, concordamos com CANGUILHEM (1995: 185) sobre o fato de que “não se ditam normas à vida, cientificamente”; a ciência exerce um papel de legitimação das normas impostas pela vida social, contribuindo para a adaptação dos sujeitos às mesmas. Aqui reside o aspecto propiciador do principal papel superestrutural – ideológico – cumprido pelo trabalho médico: o de normalização social. Sob o manto da neutralidade científica o médico passa a se constituir em um agente central no papel de reprodução das relações sociais dominantes. (COSTA, 1979).

Autores como Donnangelo (1975), Mendes-Gonçalves (1979) e Schraiber (1989), ressaltam que essa unificação técnica dos principais sujeitos realizadores das práticas em saúde durante o feudalismo sob o comando de um sujeito principal, agora sob novas relações sociais, acontecerá aparentemente de forma paradoxal em relação a dois aspectos: o primeiro é que esse processo, de unificação, se consolidará somente a partir do final do século XVIII e início do XIX; portanto ao final do regime de acumulação pautado na manufatura e após as revoluções burguesas. Esse aspecto possui relação com a discussão que fizemos anteriormente acerca da demanda posta para o trabalho em saúde pelas novas relações sociais no período em que a reestruturação urbana e a normalização social ganham grande dimensão. O segundo aspecto interessante a ser ressaltado é que essa conformação do trabalho em saúde sob o capitalismo dar-se-á inicialmente sob uma forma de trabalho pré-capitalista; ou seja, é sob a forma artesanal de organização do trabalho que se constituirá o principal elemento do moderno trabalho em saúde: a medicina.

Este traço, aparentemente curioso mas mais exatamente tradução da peculiaridade do trabalho médico, chama a atenção pelo contraste com os demais trabalhos na sociedade, pois a

medicina manter-se-á ‘artesanal’ por quase um século e meio, tempo em que a dinâmica das forças produtivas dos outros trabalhos sociais já terão de muito ultrapassado até mesmo as formas de trabalho cooperativo.

Nesse sentido há um contraste que se instala entre as estruturas do todo e de uma de suas partes: a cooperação é necessidade histórica peculiar ao capitalismo, ao passo que, para a medicina do capitalismo, a autonomia no trabalho individualizado é que parece ter sido sua necessidade histórica particular. (SCHRAIBER, 1993: 179).

Esta forma de organização – artesanal – que predominou no trabalho em saúde, mais especificamente no trabalho médico, do século XIX até meados do século XX apresenta, respeitando-se algumas peculiaridades, as mesmas características do trabalho artesanal na produção material, quais sejam: a propriedade pelo trabalhador dos meios de trabalho e, conseqüentemente, dos produtos de seu trabalho; o controle pelo trabalhador da totalidade do processo de trabalho; e a existência do trabalhador no mercado como produtor isolado, sendo produtor e vendedor de seu produto.

Se olharmos de maneira isolada para o trabalho médico pode parecer paradoxal que esta unificação sob o capitalismo tenha ocorrido sob a forma artesanal. Todavia, se olharmos com atenção para o movimento realizado pelo trabalho manual no processo de transição para o capitalismo, veremos que a primeira forma de produção do capital se dá sob a forma de trabalho herdada do feudalismo; qual seja, a forma artesanal. A cooperação simples, como vimos, representa esse processo. O primeiro momento desse processo é a unificação/centralização de diferentes artesãos sob um mesmo capital. Cada um deles permanece produzindo seu produto por completo só que agora contratados por um capitalista que é o proprietário dos meios de trabalho: instrumentos, oficina. Esse momento também é importante, segundo MARX (2001), porque propicia o estabelecimento de uma homogeneização dos diferentes processos de trabalho outrora realizados de maneira dispersa, tornando possível o uso comum, em escala, dos meios de produção. Essa homogeneização é o que vai possibilitar um completo conhecimento acerca do processo de trabalho – seus movimentos, atos, tempos – criando, assim, o alicerce para que o mesmo se torne fragmentável. A divisão manufatureira do trabalho se instalará sobre essa base artesanal unificada. Essa unificação será responsável também pela erradicação das formas artesanais isoladas e

pautadas no ofício, propiciando uma uniformização fundamental para o aumento da produtividade do trabalho social.

No caso do trabalho assistencial em saúde dois elementos foram centrais para essa homogeneização. O primeiro é essa unificação de seus dois principais agentes – físicos e cirurgiões – em um sujeito único e centralizador de todo o processo produtivo – o médico. O segundo elemento, já citado, que contribui para essa homogeneização é a reorganização do modo de operar sobre o corpo guiado pela tecnologia das doenças consubstancializada na moderna *clínica*. (FOUCAULT, 1994). A clínica passará a ser o método de trabalho homogeneizador do objeto de todas as práticas em saúde, estejam elas ou não sob controle direto do médico. O antigo campo de trabalho dos físicos se consubstanciará na clínica médica; os cirurgiões exercerão a clínica cirúrgica, os dentistas, a clínica odontológica. Inclusive as novas profissões que irão se estruturar como profissões já sob o capitalismo monopolista, como é o caso da nutrição, psicologia, fisioterapia entre outros, se constituirão sob o método de trabalho da clínica.

Como consequência dessa forma de apresentação artesanal do processo de trabalho em saúde no que se refere ao seu sujeito principal – o médico – se constituirá para este a representação do trabalho como prática liberal. Essa representação, por sua vez, se refletirá na adoção de valores pautados na *autonomia* individual (DONNANGELO, 1975; SCHRAIBER, 1993). Esses valores que, nesse momento, refletem relações materiais existentes, quando essas deixarem de existir passarão a cumprir o papel apenas de justificativa ideológica para a manutenção de uma “independência” já não mais possível sob a sociabilidade do capital. Uma expressão superestrutural (o ideal de autonomia) quando correspondente a uma dada materialidade (o processo de trabalho artesanal) acaba por reforçar e inclusive aumentar a produtividade dessa forma de trabalho. Quando, no entanto, a base material transforma-se e sua expressão ideal não acompanha esse movimento com a mesma velocidade, surgem contradições que terão impacto sobre o processo produtivo. Veremos em um momento mais à frente como essas contradições manifestam-se.

Veremos adiante que essa configuração interna do processo de trabalho em saúde não se apresentará de maneira estática, definitiva. O papel cumprido pelo trabalho em saúde sob o capitalismo responde a uma necessidade histórica desse modo de produção. Como é característica dessa sociedade o constante dinamismo expresso na revolução e superação de formas de produzir através principalmente do desenvolvimento das forças produtivas - sejam elas os instrumentos, o trabalhador ou os meios de produzir – as formas de apresentação dos diferentes processos de trabalho não poderão se apresentar alheios a esse movimento. Os modos de produzir em saúde também se encontram inseridos nessa dinâmica e, com isso, também passam por transformações constantes. A própria centralização do trabalho em saúde hegemonicamente em um sujeito único - o médico – passará por tensões decorrentes do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho. A unificação das diversas práticas e saberes foi fundamental para lhe dar um caráter de corpo técnico-científico-institucional legitimado pela neutralidade que somente a racionalidade científica permitiria. Além disso, essa centralização visava dar mais eficiência a essas práticas no que concerne a sua função de manter os corpos íntegros. Naquele momento histórico a resposta a essas necessidades postas deu-se através do movimento de unificação técnica das práticas, que incluiu a unificação dos principais sujeitos realizadores dessas práticas. Esse novo sujeito único torna-se, nesse momento, o suporte em torno do qual se configura o corpo técnico responsável pelo ato de curar.

Bem, uma vez consolidado esse corpo único e lhe garantida a legitimidade científica para que correspondesse às necessidades que as relações capitalistas colocavam naquele período histórico, poderia o trabalho em saúde ser readaptado a novas configurações que o capitalismo, já em outro estágio, pudesse impor? Veremos como essa fase que analisamos, do processo de trabalho em saúde em sua fase artesanal da produção, sob controle do médico, passará a ser, concomitante e progressivamente, permeado pelos elementos da cooperação e da divisão técnica do trabalho em graus cada vez mais aprofundados.

5.3 OS IMPACTOS DA CONSTITUIÇÃO DO TRABALHO COLETIVO SOBRE A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Após essa unificação de que tratamos, assim como no caso da produção material, começa a se estabelecer progressivamente o trabalho coletivo em saúde. Porém, esse processo, que ocorreu na manufatura nos séculos XVI a XVIII, no caso do trabalho em saúde somente se dará a partir do final do século XIX (DONNANGELO, 1975; SCHRAIBER, 1993; PIRES, 1998). A constituição do trabalho coletivo em saúde se dá através de três movimentos simultâneos. O primeiro movimento refere-se ao processo de estabelecimento da cooperação e posterior parcelarização do trabalho médico, ou seja, a divisão técnica do trabalho internamente ao campo de atuação da medicina. Essa divisão técnica pode se dar com a divisão de funções entre diferentes médicos (especialidades médicas) ou com a transferência de práticas outrora sob controle médico para outros trabalhadores (nutricionistas, fisioterapeutas, etc.). O segundo movimento é o de profissionalização e anexação dos agentes responsáveis por outras práticas de saúde que existiam de maneira relativamente independente - como é o caso dos enfermeiros, farmacêuticos e cirurgiões-dentistas - ao trabalho assistencial sob o controle do médico. Um terceiro movimento, mais recente, deve-se à constituição de novas práticas no campo do trabalho em saúde, incorporando, assim, novos trabalhadores (assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos etc.). Vamos analisar mais pormenorizadamente cada um desses movimentos.

Com relação à divisão técnica do trabalho internamente ao campo das práticas médicas, veremos que diversos autores demonstram como, com o advento da chamada *medicina tecnológica*, o processo de produção da saúde passa a ser submetido a uma fragmentação muito semelhante à da divisão manufatureira do trabalho (DONNANGELO, 1975; SCHRAIBER, 1993). Um trabalho que outrora era realizado por aquilo que poderíamos chamar *médico-artesão*¹⁴ passará a ser fragmentado e

¹⁴ Usamos esse termo em alusão aos autores acima citados além de alguns autores do campo da educação que qualificam como professor-artesão o profissional responsável pelo ensino em período pré-capitalismo monopolista, com características semelhantes ao trabalho médico nesse período. Ver,

realizado por diferentes trabalhadores, cada qual dominando um aspecto do processo de produção da saúde. Esse processo, assim como na manufatura, foi precedido pelo estabelecimento da cooperação no trabalho médico. Ou seja, os diversos médicos-artesãos passaram a ser reunidos em um local comum de trabalho, propiciando o alicerce para o estabelecimento progressivo da divisão técnica do trabalho. Esse processo aconteceu paralelamente ao rearranjo das práticas em saúde e teve como *locus* o hospital.

Uma primeira evidência das novas qualificações é dada pelo fato referido de que, no hospital, os distintos agentes do trabalho médico realizam conjuntamente seus trabalhos e estão colocados de mesmo modo diante dessa prática coletiva, e assim colaboram no tratamento dos mesmos casos. Nessa medida, os agentes do trabalho médico não estão dispostos segundo as mesmas posições hierárquicas que diferenciavam as categorias das quais são provenientes, reduzindo-se as diferenças entre seus trabalhos a uma questão de indicação terapêutica. A forma de organização do trabalho no hospital se caracteriza como uma *cooperação* dentro de uma divisão técnica do trabalho. Além do que, estes distintos profissionais estão colocados de modo igual diante de uma mesma forma de proceder, visto que promovem a reorganização da prática hospitalar com base em procedimentos uniformes dessa prática: a intervenção terapêutica individual com base na observação coletiva dos casos, no registro sistemático de dados, no estudo individual e comparativo dos casos, no estudo do meio e na intervenção nele (SCHRAIBER, 1989: 90).

Portanto, essa reunião em um mesmo espaço, como determinada e ao mesmo tempo determinante do rearranjo das práticas em saúde, também serviu à função de racionalização do uso dos meios de trabalho, constituindo, assim, a base técnica para o estabelecimento do caráter coletivo do trabalho em saúde.

Nesse processo de estabelecimento da cooperação no trabalho médico internamente ao hospital, ocorre o movimento que citamos de recrutamento para esse espaço de outros trabalhadores do campo da saúde que exerciam suas práticas de maneira dispersa. É o caso, por exemplo, dos enfermeiros e farmacêuticos. Com relação aos primeiros, PIRES (1998) demonstra que a enfermagem, que ficava a cargo de freiras-auxiliares, embora já estivesse presente no hospital em sua forma feudal, somente a partir de 1860 - período em que o hospital está se estabelecendo como *locus* da cooperação médica - se constitui oficialmente como profissão. Também os

por exemplo, Alves, G. L. *A Produção da Escola Pública Contemporânea* e Sá, N. P. *O aprofundamento das relações capitalistas no interior da escola* (ver referências bibliográficas).

boticários, devido à necessidade de manipulação/gerenciamento de medicamentos no espaço hospitalar, passam a compor o trabalho coletivo. Estes trabalhadores, aliás, com o desenvolvimento dos meios diagnósticos (exames laboratoriais) terão mais tarde seu campo de atuação expandido.

Entendemos que a unificação dos saberes e práticas em saúde em corpo técnico único concentrado na figura do médico-artesão e seus ajudantes propiciou as bases para que se estabelecesse um avanço tecnológico fantástico das ciências biológicas direcionado pela racionalidade positivista. É a partir do estabelecimento do hospital como espaço de cooperação dos diversos agentes, que se empreendem práticas e experiências que serão responsáveis pela criação de diversos recursos tecnológicos. Recursos tecnológicos aqui entendidos tanto como instrumentos materiais – é o caso das criações do aparelho de raio X, do laringoscópio (1895), e do oftalmoscópio (1851) – quanto entendidos como tecnologia na forma de conhecimentos – é o caso do desenvolvimento de disciplinas como a patologia e fisiologia e de teorias como a dos germes (por Pasteur em 1878) e das infecções (por Koch em 1882) (CANGUILHEM, 1995; PIRES, 1998).

Esse desenvolvimento, por sua vez, vai dando ao trabalho em saúde, sob o capitalismo, um caráter tecnológico infinitamente mais complexo do que aquele apresentado durante o feudalismo no que se refere à apreensão dos aspectos “orgânicos” do corpo. A diversidade de saberes, práticas e instrumentos de trabalho passa a ser progressivamente maior e, conseqüentemente, o seu domínio completo por um único sujeito passa a se tornar cada vez mais difícil. Dessa forma a unificação (cooperação) estabelece condições para a racionalização e o desenvolvimento progressivamente maior dos meios de trabalho que, por sua vez, lança as bases da necessidade da divisão do processo de trabalho. A divisão progressiva do processo de trabalho em etapas parcelares, por sua vez, será responsável por propiciar um aumento da produtividade que também terá repercussões sobre os meios de trabalho, aumentando a incorporação de tecnologia ao processo de trabalho em saúde. A divisão do trabalho e o desenvolvimento tecnológico estabelecem entre si uma relação dialética de determinação recíproca. Uma conseqüência direta desse processo, por

exemplo, é que passam a surgir diversas profissões diferentes e complementares responsáveis por etapas diferentes do processo de produção das práticas de saúde outrora concentrados em um único trabalhador médico. A maior expressão desse movimento é o surgimento das várias especialidades médicas, mas não somente. Outra expressão desse movimento de fragmentação do trabalho médico é a delegação de práticas outrora exclusivas do profissional médico a outras categorias de trabalhadores. É o caso do surgimento de profissões como a de Nutricionista e Fisioterapeuta, por exemplo. Até o surgimento dessas profissões, a prática clínica referente às patologias e desordens nutricionais estava sob controle do médico, seja ele clínico, nutrólogo ou endocrinologista (VASCONCELOS, 2002). O mesmo pode-se dizer das práticas de reabilitação fisioterápicas que estavam a cargo dos médicos fisiatras, ortopedistas, cirurgiões e outros. Mesmo práticas menos manuais, como aquelas de caráter mais subjetivo, menos orgânico, eram exercidas pelos médicos. Era comum os antigos médicos com fortes vínculos com seus “pacientes” exercerem a função de terapeutas também em relação a aspectos menos orgânicos como crises advindas de relacionamentos interpessoais; isso porque a herança da cultura dos *físicos* do feudalismo ainda estava muito presente, o que fazia com que os médicos tivessem acesso à questões da vida social e familiar dos indivíduos podendo, devido ao seu respaldo científico, exercer práticas de normalização por meio do aconselhamento, acolhimento. Também essas práticas, com a progressiva divisão técnica do trabalho, passam a ser retiradas do campo de práticas médicas e colocadas sob o controle de outros profissionais como psicólogos e assistentes sociais. Esse processo, não abole a centralidade ocupada pelo modelo biomédico consubstancializado no profissional médico, que, segundo CARAPINHEIRO (1993), mantém sua característica de trabalhador “nuclear” em relação aos demais trabalhadores “periféricos”. Mas como se deu esse processo? Seria uma peculiaridade do trabalho médico essa parcelarização e a progressiva constituição de um trabalhador coletivo?

Para abordarmos essas questões, será necessário que recorramos ao primeiro capítulo dessa dissertação, onde discutimos como o trabalho social, de uma maneira geral, segue uma tendência, sob o modo de produção capitalista, de divisão técnica

progressiva. Como pudemos perceber, o que faz com que o trabalho do artesão seja progressivamente parcelado é a necessidade do aumento de produtividade do trabalho. Constatase, pela prática, que, ao dividir o processo de trabalho e especializar cada trabalhador em uma ou algumas funções parcelares, ocorre um aumento da produtividade quando comparado a um processo artesanal onde cada trabalhador realiza o processo produtivo por completo. No caso do trabalho em saúde não é diferente: a partir do momento em que os médicos são inseridos em um processo de cooperação dentro do hospital (um processo ainda muito semelhante a uma cooperação simples) começam a se cristalizar divisões entre eles que outrora podiam nem existir ou se existiam eram esporádicas. Um médico podia gostar ou exercer mais eficientemente determinadas práticas, como as obstétricas, por exemplo; porém, como produtor isolado, naquele momento, dificilmente conseguiria um número suficiente de clientes demandadoras especificamente dessas práticas para lhe garantir a sobrevivência. Todavia, a partir do momento em que esses trabalhadores se estabelecem em um espaço institucional, onde os meios de trabalho são compartilhados, capaz de atrair grande número de “pacientes”, os médicos podem passar a se dedicar a diferentes funções. Com o tempo essas divisões demonstram suas vantagens práticas e tendem a se cristalizar e, mais tarde, quando o processo prático de trabalho já se encontra submetido a essa divisão técnica é que se criam mecanismos de institucionalização das mesmas; como é o caso da institucionalização de novas profissões ou especialidades, com mecanismos de certificação ou fiscalização, entre outros.

Um médico ao se especializar em determinado campo parcelar do saber – a ortopedia, por exemplo – torna-se muito mais eficiente nessas práticas do que um médico que exerce as práticas terapêuticas ortopédicas como uma de suas várias funções. A especialização, como já diria MARX (2001) produz o “virtuosismo” do trabalhador mutilado. Esse autor descreveu esse processo como uma tendência inerente da qualificação do trabalho sob o modo de produção capitalista, qual seja, a de *simplificação* progressiva do trabalho. O ortopedista somente realiza com maior destreza, velocidade e eficiência seu trabalho porque este se encontra mais

simplificado em relação ao trabalho do médico-artesão. O campo de saberes e práticas necessárias ao exercício da etapa do trabalho que cabe a um especialista passa a ser progressivamente menor em relação àqueles necessários ao médico de caráter artesanal. Portanto, o processo de *especialização* é simultaneamente processo de *simplificação* do trabalho.

É necessário, contudo, apreender o processo de parcelarização como um movimento profundamente contraditório. Por um lado, é processo de simplificação do trabalho, pois, ao separar um processo complexo em diferentes partes, restringindo cada trabalhador à execução de uma das partes, este passa a realizar um trabalho mais simples, que exige menos conteúdo técnico. Por outro lado, porém, ao realizar uma etapa parcelar do trabalho, esse trabalhador tende a desenvolver uma extrema habilidade, um virtuosismo nessas práticas antes impossível de ser alcançado sob o trabalho complexo. É um trabalhador mais limitado, porém mais habilidoso. É essa simplificação do campo de atuação, por sua vez, que vai tornar possível ao trabalhador apropriar-se com muito mais profundidade de seu novo objeto – a parcela – desenvolvendo, inclusive, novos conhecimentos, técnicas e instrumentos para melhor exercer suas práticas. Isso fará com que esse novo campo parcelar passe a constituir-se novamente de maneira mais complexa e passe a exigir nova parcelarização agora internamente às práticas parcelares. Uma vez constituída a ortopedia, por exemplo, como campo parcelar, essa passa a desenvolver tanto sua capacidade de intervenção sobre seu objeto – as doenças com implicações sobre o sistema osteomuscular – que esse adquire uma complexidade que passa a exigir nova parcelarização interna, nova simplificação; agora é necessária a constituição da ortopedia de coluna, de joelho etc. Mais tarde desenvolver-se-á a ortopedia especializada em algumas patologias específicas da coluna. Por isso, dissemos que a divisão do trabalho e o desenvolvimento tecnológico mantêm entre si uma relação dialética de determinação recíproca. A parcelarização implica em desenvolvimento tecnológico (saberes, técnicas) que, por sua vez exige nova parcelarização que, por sua vez, implicará em novo grau de desenvolvimento tecnológico que... Por isso, SCHRAIBER (1993) dirá que a parcelarização constitui para os trabalhadores parcelares novos objetos de

trabalho. O objeto do Pneumologista deixa de ser o corpo e passa a ser o sistema respiratório. Isso contribui, inclusive, para não criar uma relação hierárquica muito rígida entre os médicos, ao modo dos trabalhadores da produção fabril, já que se constituem em trabalhadores de objetos diferentes.

Contraditoriamente, também é essa progressiva simplificação do trabalho médico, portanto, que torna possível a delegação de práticas outrora exclusivas dos médicos para profissionais com conteúdo menos amplo de qualificação técnica. É o caso da delegação das práticas referentes à clínica nutricional ao campo sob controle dos nutricionistas; ou das práticas de reabilitação física aos fisioterapeutas, por exemplo. As práticas pertencentes a esses campos de trabalho passam a constituir-se como objeto de trabalho desses outros trabalhadores e os médicos, como vão perdendo gradativamente o conhecimento acerca das mesmas, também vão perdendo o controle sobre esse trabalho. Esse movimento contribuirá, a nosso ver, para constituir vários dos outros trabalhadores da saúde de “paramédicos” em trabalhadores “nucleares”, ou seja, trabalhadores que exercem certo controle sobre seu campo específico de práticas, embora ainda subordinados ao trabalho médico. Como o movimento de simplificação/especialização é progressivo, também essas profissões irão passar por processos de divisão técnica, através da delegação pelos profissionais de nível superior de práticas mais simples para ajudantes mais “técnicos”. Podemos comprovar esse movimento na constituição de cada vez mais cursos técnicos nas diversas sub-áreas do trabalho em saúde¹⁵. Além disso, as sub-especialidades também se constituirão nessas áreas, com fisioterapeutas especializados em reabilitação pulmonar, ou ortopédica e etc.

Os impactos desse processo sobre a qualificação do trabalhador da saúde far-se-ão sentir em, pelo menos, dois aspectos principais. Um dos mais notórios será a diferenciação da qualificação técnica necessária aos trabalhadores a partir do papel que ocupem no processo produtivo. Os trabalhadores não médicos, por exemplo, para executarem as práticas referentes ao seu campo parcelar de atuação, precisarão passar

¹⁵ Pode-se citar como exemplos as profissões de técnico em higiene dental (THD) que exerce práticas outrora sob controle exclusivo do odontólogo; técnicos de enfermagem; técnicos em bioquímica; técnicos em radiologia, entre outros.

por um processo de formação técnica menos extenso e complexo do que os médicos que outrora concentravam essas práticas como algumas dentre as várias de seu campo de atuação. Outro aspecto conseqüente à parcelarização/especialização sobre a qualificação do trabalho somente pode ser apreendida a partir da compreensão de toda a contraditoriedade inerente a esse processo universal quando analisado no caso particular do trabalho em saúde. Como vimos no primeiro capítulo desse trabalho, o pressuposto para que a especialização progressiva exija menor conteúdo técnico na formação do trabalhador é que suas práticas sejam cada vez mais simplificadas e que o *saber* acerca do trabalho consubstancialize-se no instrumental de trabalho. Assim, o trabalhador não necessita ser qualificado a ponto de deter esse *saber*, visto que suas tarefas passam a ser mais simples e a máquina, que é quem “dirige” a produção, já o detém. No caso do trabalho em saúde, onde o trabalho vivo é predominante e a maquinaria é exceção, a qualificação do trabalhador especializado passa a exigir ainda grande conteúdo técnico. Parece ser uma particularidade dessa apresentação do trabalho social, o trabalho em saúde, certa “simplificação complexificadora” do trabalho. Ao se fragmentar determinados processos, seus campos parcelares – portanto simplificados - parecem adquirir uma complexidade antes não diferenciável. Veja-se, por exemplo, o caso da oftalmologia que enquanto era mais um dos vários campos sob controle do médico-artesão possuía uma complexidade ínfima se comparada aos tempos atuais onde se apresenta como um campo parcelar sob controle de um trabalhador especializado.

Veremos à frente as características tecnológicas próprias do trabalho em saúde que o fazem apresentar-se dessa maneira. Antes, porém, é importante relembrar o quanto fatores superestruturais influenciam e podem acabar por constituir-se de determinados em determinantes em relação ao “mundo do trabalho”. Expliquemos melhor. Como sabemos, sob as relações sociais capitalistas, uma conseqüência direta da diminuição do tempo de qualificação necessária à força de trabalho é a diminuição de seu valor. Valor, que sob essas mesmas relações, materializa-se para o trabalhador

no seu salário¹⁶. Portanto, diminuir o tempo de qualificação necessário à formação de determinado trabalhador significa, em última instância, diminuir seu salário. Isso explica, em parte, as resistências de caráter corporativista com o sentido de restringir a delegação de práticas médicas a outros grupos de trabalhadores, como forma de manter o controle do médico sobre a totalidade do processo assistencial em saúde¹⁷. Uma tentativa conservadora e vã de impedir uma tendência inexorável do trabalho social sob o capitalismo: a parcelarização do processo de trabalho. Por mais que essas tentativas sejam mais cedo ou mais tarde superadas materialmente por esse movimento progressivo do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho, elas acabam se constituindo, enquanto subsistem como contentoras desse desenvolvimento, por vezes predominando temporariamente sobre o mesmo. Caso o leitor visite países europeus¹⁸, por exemplo, poderá evidenciar que em alguns deles até os dias atuais o odontólogo existe como médico especialista, ou seja, é necessário que se qualifique como médico e depois se aprofunde no campo parcelar referente às patologias da boca (CARVALHO, 2003). Passa, portanto, por um processo de qualificação bastante extenso para que possa exercer as práticas de odontólogo. Para exercer essas mesmas práticas no Brasil, o odontólogo precisa passar por uma qualificação que representa menos da metade do tempo de formação acadêmica desses outros países. Ou seja, essa é uma típica demonstração do quanto aspectos superestruturais – manutenção de interesses corporativos, por exemplo – podem influenciar os aspectos referentes à qualificação do trabalho. Poderíamos afirmar, sem dúvidas, que um ortopedista especializado em joelho, ou seja, um trabalhador cujas práticas restringem-se a um campo parcelar cujo objeto refere-se à restauração da integridade anátomo-fisiológica de *um membro*, precise possuir qualificação técnica que o propicie intervir sobre *toda*

¹⁶ Não pretendemos aqui entrar pormenorizadamente na questão do salário, mas é importante lembrar que outros fatores influenciam sua dimensão, ajudando a transmutar o valor da força de trabalho em seu preço; como um desses fatores temos, por exemplo, a lei da oferta e da procura.

¹⁷ Vide a polêmica acerca do *Ato Médico* no Brasil, projeto elaborado pelo Conselho Federal de Medicina que visa restringir formalmente os atos de diagnóstico e terapêutica como elementos exclusivos ao campo do trabalho médico.

¹⁸ Carvalho (2003), nessa obra, faz um inventário do percurso da Odontologia no seu processo de constituição como profissão independente da medicina, e mostra como ainda hoje subsistem em diferentes países relações com graus diversos de autonomia entre as duas profissões.

o corpo? Não estamos evidenciando esse aspecto sob a forma de tese, pois não temos elementos suficientes para defendê-la. Estamos apenas levantando questões que permeiam nosso objeto, a qualificação do trabalho em saúde, e que demonstram sua complexidade, complexidade nem sempre aparente. Pensamos, portanto, que essa idéia da “simplificação complexificadora” não deve ser tomada isolada de seus determinantes sócio-históricos.

Outra tendência inerente à conformação do trabalho social sob o capitalismo e que também encontra sua expressão particular no trabalho em saúde é a progressiva separação entre trabalho manual e intelectual. Cada vez mais se constituem campos parcelares do trabalho em saúde compostos hegemonicamente por práticas manuais ou intelectuais, sendo que esse processo também se apresenta como conseqüente à progressiva divisão do trabalho. Dentro de cada um dos campos parcelares parece haver uma tendência a constituírem-se trabalhadores “nucleares” que, embora também realizem práticas manuais, acabam por hegemonizar práticas intelectuais relacionadas ao conhecimento e gestão do processo produtivo, delegando práticas manuais mais simplificadas para os trabalhadores ditos “periféricos”. Esse processo, que CARAPINHEIRO (1993) apreendeu com bastante propriedade na relação entre médicos e demais trabalhadores da saúde – médicos como nucleares e demais como periféricos –, pensamos que também ocorre, em menor proporção, internamente a cada campo parcelar, inclusive não médico. Citamos, anteriormente, os exemplos da equipe de enfermagem na qual o enfermeiro, por deter o conhecimento mais integral do processo de trabalho, assume hegemonicamente a função de gestão além de práticas manuais mais complexas, delegando para técnicos e auxiliares as práticas manuais mais simplificadas. Semelhante situação ocorre nas relações entre Farmacêutico/bioquímico e técnicos de laboratório, odontólogo e técnicos/auxiliares de odontologia, entre outros.

No caso do trabalho médico, a divisão entre trabalho manual e intelectual também se apresenta com algumas especificidades. Em uma primeira aproximação, parece haver uma tendência a cristalizarem-se divisões entre aqueles que se especializam em práticas “mais manuais” – os inúmeros tipos de cirurgias, os

manuseadores de determinados equipamentos diagnósticos ou terapêuticos, por exemplo – e aqueles que se especializam em práticas “menos manuais”, os clínicos em suas inúmeras especialidades – cardiologistas, neurologistas, endocrinologistas. Todavia, dentro do trabalho em saúde, o campo parcelar pertencente à medicina apresenta-se, em sua maioria, constituído por trabalho mais complexo, que acaba por exigir a indissociabilidade entre teoria e prática de modo mais presente. Isso não impede que alguns médicos constituam-se como trabalhadores “mais manuais” e outros como “mais intelectuais”, porém essa divisão tende a se dar de maneira menos nítida.

Há ainda os casos de “novas” profissões anexadas ao processo assistencial em saúde que já o adentram com um campo de práticas definidas e que se apresentam hegemonicamente como intelectuais, como a psicologia e a assistência social, ou manuais, como as várias profissões técnicas que surgem no trabalho em saúde (PEREIRA, 2003). Devemos ressaltar aqui, mais uma vez, nossa concepção já exposta no primeiro capítulo desse trabalho, segundo a qual os trabalhos constituem-se “hegemonicamente” como manuais ou intelectuais, pois não se pode conceber qualquer prática manual que não necessite de elaboração intelectual prévia ou simultânea e vice-versa.

Pensamos ser fundamental compreender as apresentações pelas quais passou o trabalho em saúde, a unificação inicial na figura médico-artesão e a fragmentação posterior do processo produtivo, não como antagônicas, mas como momentos diferentes do mesmo movimento de adaptação do trabalho em saúde às necessidades do capitalismo. Podemos dizer que a produção da saúde – sob as relações sociais capitalistas – torna-se um processo bastante complexo que passa a exigir diversos sub-ramos de produção; sub-ramos estes que podem ser, e na maioria das vezes são, executados por trabalhadores diferentes. Queremos dizer com isso que não existe, sob o capitalismo, um trabalhador individual que produza a assistência à saúde, mas uma série de trabalhadores diferentes, em etapas separadas e interdependentes do processo de trabalho gerando, conseqüentemente, (semi)produtos diferentes. A unidade desses diversos trabalhadores parcelares forma o trabalhador coletivo da saúde. Cada

trabalhador parcelar, como consequência desse processo, passa a qualificar-se cada vez mais na apreensão de um fragmento do real que se encontra vinculado às suas práticas. É esse processo de estabelecimento do trabalho coletivizado, por sua vez, que propicia um avanço sem precedentes no desenvolvimento de novos saberes, técnicas e instrumentos de trabalho, que auxiliam o trabalhador em seu papel de conhecimento e intervenção sobre o corpo orgânico.

Resta ainda um aspecto a ser analisado acerca desse processo de coletivização do trabalho em saúde, qual seja, aquele relativo à relação dos trabalhadores com os meios de produção. Assim como na produção de “bens materiais”, a superação do trabalho artesanal e a emergência do trabalho coletivo trazem consigo a tendência ao despojamento dos trabalhadores da propriedade dos meios de trabalho. A progressiva incorporação tecnológica e a necessidade de grande número de agentes para a concretização do processo produtivo colocam para o trabalho em saúde a necessidade de institucionalização em grandes e complexas unidades produtivas, principalmente na forma do hospital. Com isso, os pequenos produtores tendem a desaparecer, ao mesmo tempo em que se consolidam grandes unidades produtivas, sejam estatais ou privadas. Por isso, constitui-se como característica marcante do trabalho em saúde sob o capitalismo, a partir do século XX, a tendência progressiva à proletarização e a consolidação do assalariamento como principal forma de relação de trabalho. No entanto, DONNANGELO (1975) já ressaltou como no caso do trabalho em saúde acabam por subsistir mais longamente, em relação à produção industrial, os casos de produtores independentes (mesmo parcelares), empregadores de si próprios e, por vezes, de mais alguns trabalhadores.

Uma consequência importante do estabelecimento do trabalho coletivo e parcelarizado em saúde que se consolida nesse atual momento do capitalismo monopolista, em que se evidenciam diversas transformações sistematizadas sob a definição de “reestruturação produtiva”, é a proliferação de inúmeras formas de *terceirização* e *precarização* do trabalho (PIRES, 1998). A fragmentação do processo assistencial em saúde em inúmeras parcelas a cargo de trabalhadores diferentes já tem possibilitado a separação das mesmas em espaços também diversos. O hospital, que a

partir do século XIX tornou-se o espaço que possibilitou a unificação e cooperação dos diferentes trabalhadores, forjando as condições para a especialização e a fragmentação dos processos produtivos, continua como unidade produtiva principal. Porém, nos dias atuais, visualizam-se inúmeras formas de unidades produtivas em saúde, seguindo os mais variados critérios para estabelecimento. Existem, por exemplo, clínicas restritas à realização de um ou vários procedimentos diagnósticos, enquanto outras se restringem às outras etapas parcelares do processo produtivo, como as consultas clínicas ou procedimentos terapêuticos etc. Os serviços, no caso dos sistemas públicos de saúde, também passam a ser divididos e descentralizados com base em determinados critérios de hierarquia do processo assistencial. No caso do *Sistema Único de Saúde* - SUS, por exemplo, classificam-se as unidades produtivas com base nas formas e graus de tecnologia, e nas práticas assistenciais executadas em cada local, por exemplo. Além disso, são cada vez mais freqüentes, no caso da iniciativa privada, mais de um capital ocupar a mesma unidade produtiva, cada qual dominando parcelas diferentes do processo produtivo. É o caso dos hospitais, cujo parte de exames complementares é terceirizada para uma empresa, a parte de limpeza para outra e assim sucessivamente. No caso do setor estatal brasileiro, essa tem sido uma via através da qual se procede à privatização da assistência à saúde, ou seja, por meio da terceirização de etapas do processo produtivo representantes do capital passam a adentrar esse setor.

Para os trabalhadores esse processo de fragmentação também tem conseqüências importantes, sendo que a principal delas refere-se à pulverização das possibilidades de organização unitária na luta por melhores condições salariais e de trabalho. A fragmentação no plano tecnológico se expressa também no plano da representação sindical e política desse setor da classe trabalhadora. Com isso, a tendência à precarização das relações trabalhistas é crescente.

5.4 O PAPEL DA TECNOLOGIA E SEUS IMPACTOS SOBRE A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Antigamente, se morria. (...)
Hoje, a morte está difícil.
Tem recursos, tem asilos, tem remédios.
Agora, a morte tem limites.
E, em caso de necessidade,
a ciência da eternidade
inventou a criônica.
Hoje, sim, pessoal, a vida é crônica.
(LEMINSKI, 2002: 186 -187)

O conceito de tecnologia para os adeptos da teoria marxiana encontra-se no campo da categoria de forças produtivas do trabalho. Dentro dessa categoria, Marx inclui todos os constituintes do processo de trabalho: o objeto (sobre o qual se atua com vistas a um fim), o agente e os meios de trabalho (tecnologias, instrumentos, saberes). As mudanças referentes a qualquer desses elementos impacta o grau de desenvolvimento das forças produtivas do trabalho, ou seja, altera o grau de produtividade do trabalho. O que acontece na prática é que esses elementos apresentam-se dialeticamente interligados, e as transformações em um deles acabam por determinar transformações também nos outros. Por exemplo, à medida que mudam os instrumentos de trabalho, mudam conseqüentemente os conteúdos da qualificação do trabalhador para exercer o processo de trabalho; agora ele deve aprender a manusear novos instrumentos. O contrário também ocorre, pois, à medida que o trabalhador atua sobre seu objeto qualificando-se, progressivamente cria novas técnicas e instrumentos de intervenção sobre o objeto de trabalho. Tendo analisado já o objeto e o agente, centraremos agora nossa análise nos meios de trabalho.

Como vimos anteriormente, o homem é um ser essencialmente prático, e é através de uma atividade essencialmente prática (o trabalho) que os homens entram em contato e intervêm sobre o mundo. É através dessa intervenção concreta sobre o mundo que os homens o apreendem em seus diversos aspectos, e elaboram sobre essa intervenção a fim de aprimorá-la. Logo, o conhecimento acerca do trabalho advém do próprio trabalho. O *saber-fazer* advém do *fazer* e porque é *práxis*, esse processo é movimento contínuo (VÁZQUEZ, 1986). Ao elaborar sobre sua intervenção prática,

os homens repensam o seu agir no mundo e mudam suas práticas de modo a tornarem-nas mais eficientes no atendimento de suas necessidades; essa mudança por sua vez incorrerá em novas elaborações e assim sucessivamente. Esse processo de transformação do *fazer* em *saber-fazer*, que é o processo de construção do conhecimento, ocorre através de movimentos de abstração que os homens realizam a partir de sua relação com o mundo concreto (GERMER, 2003). Esse processo de abstração pode se dar em níveis diversos a depender da distância em relação ao concreto. À medida que a humanidade desenvolve-se, ela amplia enormemente seus conhecimentos acerca do mundo, em todos seus aspectos constituintes, tornando impossível sua apreensão integral por sujeitos individuais. Some-se a isso o fato de que a preponderância de relações sociais de produção baseadas na propriedade privada dos meios de trabalho e na divisão social do trabalho, faz com que cada trabalhador restrinja seu campo de atividade a um aspecto do trabalho social. Esses processos tornam possível que os conhecimentos elaborados acerca do trabalho, através de abstrações sucessivas, tornem-se cada vez mais distantes do trabalhador direto. No processo de trabalho esse movimento corresponde à separação entre trabalho intelectual e manual que é progressivo no desenvolvimento da humanidade, mas que alcança níveis mais avançados com o modo de produção capitalista. Esse conhecimento pode retornar ao processo de trabalho prático, de forma a orientá-lo no seu operar, seja objetivado na forma de uma ferramenta ou máquina, seja consubstancializado em um conjunto de técnicas, um conjunto de “formas de operar” o processo de trabalho (ROMERO, 2005). Portanto, nesse trabalho, denominaremos como tecnologia ao conjunto de elementos (instrumentos, máquinas, técnicas, saberes) elaborados a partir do processo prático de trabalho por meio de um processo de mediação centralizado hegemonicamente pelo conhecimento científico e que tem a função de servir de meios para execução do trabalho.

MENDES-GONÇALVES (1994) em sua clássica obra *Tecnologia e Organização Social das Práticas em Saúde* foi um dos pioneiros no Brasil a analisar esse conceito de tecnologia como “(...) significante dos nexos (a disposição) estabelecidos entre os elementos (o objeto de trabalho, os instrumentos de trabalho, a

atividade de trabalho) de uma certa prática (a experiência médica), no seu nível interno, e ao mesmo tempo em função das articulações sociais que a determinam” (1994: 85). Nessa obra, o autor estuda dois modelos tecnológicos distintos – a *clínica* e a *epidemiologia* – constituintes do campo da saúde pública, ressaltando sua relação com os determinantes sociais e históricos do trabalho em saúde. O autor, ao centrar sua análise na tecnologia consubstancializada nas técnicas e saberes e demonstrar o quanto podem ser direcionadores das práticas em saúde, cita, como exemplo, o caso da *clínica* que, ao se consolidar no trabalho em saúde sob o capitalismo, acaba por servir como o “guia” hegemônico pelo qual se deve “operar” em saúde. Primeiro, se obtém a história clínica; a partir dos dados obtidos por essa abre-se uma chave com vários caminhos a seguir; com a ajuda do método vai-se delimitando progressivamente melhor os caminhos a seguir através da eliminação de outros. Todo esse trajeto – hipóteses, exames complementares, confirmação diagnóstica, definição de conduta terapêutica e os atos que ele encerra encontram-se encadeados e representam um modelo hegemônico de como operar o trabalho em saúde.

Posteriormente, Merhy, outro autor importante nessa temática, apreendendo esse conceito de tecnologia irá propor uma classificação das diferentes apresentações dessa categoria quando evidenciada internamente ao processo de trabalho em saúde. Segundo o autor, pode-se classificá-las em

(...) leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-dura (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e dura (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais). (MERHY, 1997: 121)

Esse autor, assim como CAMPOS (1997), fará um inventário das apresentações de recursos tecnológicos no trabalho em saúde no atual estágio do capitalismo, a partir da classificação acima exposta. O autor ressalta o papel da tecnologia como representação do trabalho morto e a sua tendência, sob as relações sociais capitalistas, de “capturar” o trabalho vivo dominando-o e tirando-lhe o controle do processo produtivo. Esses autores ressaltarão alguns elementos cada vez mais presentes no

trabalho em saúde, como as normatizações e protocolos, por exemplo, que representam, segundo eles, tentativas de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto. Em contraposição salientarão a importância de fatores como a *autonomia* e a *subjetividade* no processo de trabalho como elementos norteadores de um trabalho em saúde realmente vinculado com um projeto de “defesa da vida”.

É com base na realidade do grande desenvolvimento tecnológico progressivamente incorporado ao trabalho em saúde a partir do século XX, que os autores são suscitados a elaborarem teses importantes cujos objetos podem ser resumidos na seguinte questão: quem ainda seria hegemônico no comando do trabalho em saúde, o trabalho vivo, representado pelo trabalhador, ou o trabalho morto, consubstanciado na tecnologia, saberes instituídos, modos de produzir em saúde? O trabalho vivo na área de saúde ainda é capaz de comandar o trabalho morto e colocá-lo a seu serviço ao contrário do que acontece nos setores de produção fabril? Quais as implicações para um projeto assistencial que se proponha como objetivo a “defesa da vida”, o fato de um ou outro componente do processo de trabalho ser predominante?

Pensamos ser importante, a fim de adentrarmos essa polêmica com mais propriedade, fazer uma breve análise das diferentes formas de apresentação da tecnologia no processo de trabalho. Para fins didáticos, e somente para isso, se dividirmos as apresentações da tecnologia utilizando o critério de sua “materialidade”¹⁹, de um lado teremos a tecnologia consubstancializada em maquinaria e instrumentos de trabalho e, de outro, teremos aquela consubstancializada em saberes e técnicas direcionadoras das práticas. Vejamos mais de perto como essas duas apresentações da tecnologia aparecem no trabalho em saúde. Começemos pelas máquinas e instrumentos.

Quando tratamos do processo de incorporação da tecnologia “mais material” ao trabalho, seja qual for o processo, faz-se necessário estabelecer uma distinção entre o que é a tecnologia consubstancializada em instrumentos/ferramentas de trabalho e o

¹⁹ Utilizamos aqui o termo “materialidade” entre aspas para ressaltar seu caráter relativo e pouco preciso conceitualmente uma vez que não se pode dizer que as tecnologias consubstancializadas em saberes e técnicas não sejam tecnologias materiais. Portanto, o autor utiliza aqui esse termo, reconhecendo seus limites, por não dispor de outra nomenclatura mais fidedigna para diferenciar essas duas formas de tecnologia.

que é aquela consubstancializada em máquinas. Essa distinção, que muitas vezes parece simples e desnecessária, se não realizada com cautela pode nos guiar a conclusões questionáveis. A diferença central entre as duas apresentações da tecnologia se refere basicamente ao grau de subordinação desta à força de trabalho. Os instrumentos/ferramentas de trabalho, são meros acessórios da ação dos homens sobre seus objetos de trabalho, seriam como que “prolongamentos dos órgãos físicos” dos mesmos, portanto, subjugados ao seu comando. Esse é o caráter que possuem as ferramentas durante toda a história da humanidade até o período manufatureiro. Após, com a revolução industrial, a tecnologia ganha a dimensão de *maquinaria*, e esta possui como característica o fato de não ser mais subjugada à ação subjetiva do trabalho; ou seja, os meios de trabalho passam a funcionar como autômatos. Nas indústrias, quando o sistema de máquinas torna-se hegemônico, esses instrumentos é que passam a ditar a dinâmica do processo de trabalho, colocando a força de trabalho como seu acessório.

Na manufatura, a organização do processo de trabalho social é puramente subjetiva, uma combinação de trabalhadores parciais. No sistema de máquinas, tem a indústria moderna o organismo de produção inteiramente objetivo que o trabalhador encontra pronto e acabado como condição material da produção. Na cooperação simples e mesmo na cooperação fundada na divisão do trabalho, a supressão do trabalhador individualizado pelo trabalhador coletivizado parece ainda ser algo mais ou menos contingente. A maquinaria, com exceções a mencionar mais tarde, só funciona por meio de trabalho diretamente coletivizado ou comum. O caráter cooperativo do processo de trabalho torna-se uma necessidade técnica imposta pela natureza do próprio instrumental de trabalho (MARX, 2001; 442).

Quando trazemos essa discussão para o campo do trabalho em saúde temos a tendência a categorizar a presença das diferentes tecnologias materiais, principalmente as mais complexas, como máquinas. Todavia, se olharmos mais atentamente para as mesmas, veremos que se constituem majoritariamente como ferramentas acessórias à ação humana. Os mais diferentes recursos diagnósticos e terapêuticos não se constituem em realizadores dos atos em saúde, mas tão somente facilitadores das ações do trabalhador da saúde. Ao contrário das máquinas das grandes indústrias, que produzem um produto e demandam o trabalho vivo para monitorá-las ou fiscalizá-las nesse fim, os instrumentos do trabalho em saúde, em sua grande maioria, só funcionam

se guiados pela intencionalidade do trabalhador. As ferramentas do trabalho em saúde, em sua maioria, continuam sendo “prolongamentos” dos órgãos humanos e não o contrário. O oftalmoscópio, por exemplo, não faz mais do que ampliar a capacidade de visão do trabalhador a um grau que somente com seus próprios recursos naturais (os olhos) não conseguiria alcançar. É o trabalhador quem dirige o instrumento para os fins de que necessita e extrai dessa experiência os aspectos que lhe interessam a fim de lhe propiciar uma intervenção mais eficiente sobre o corpo. Não é o instrumento que coloca o trabalhador a auxiliá-lo no cumprimento de um projeto previamente estabelecido pela materialidade do instrumental de trabalho. O mesmo pode-se dizer de um aparelho de ultra-som, que não faz mais do que ampliar a capacidade sensorial do trabalhador – visão, tato – auxiliando-o no processo de intervenção sobre o corpo. É necessário que esse instrumento seja manuseado a fim de ser utilizado como facilitador da ação do trabalhador em sua apreensão do corpo anatomofisiológico. São em menor número as expressões tecnológicas sob a forma de maquinaria no trabalho em saúde, porém podemos vislumbrar que com o desenvolvimento tecnológico existe uma tendência a se estabelecerem cada vez mais meios de trabalho sob a forma de máquinas²⁰. Os monitores cardio-respiratórios, por exemplo, ao contrário do oftalmoscópio que só funciona quando manipulado diretamente pelo trabalhador, esse aparelho, uma vez programado, (posto a funcionar) realiza várias ações articuladas e quase autonomamente de monitoramento de sinais vitais, dando o alarme ao trabalhador quando ocorre alguma alteração dos mesmos. A função do trabalhador é quase a de colocar a máquina para funcionar e vigiá-la; no transcorrer do seu processo de funcionamento ela provê o trabalhador com várias informações necessárias ao processo de assistência à saúde. Porém, mesmo nesse caso, o instrumento, isoladamente, continua como auxiliar do trabalhador, subsidiando-o, assim, em uma apreensão mais ampla acerca do corpo e sua organicidade. O salto qualitativo das “ferramentas” para as “máquinas” fica patente na capacidade que os últimos possuem

²⁰ Como outros exemplos de máquinas, podemos citar as bombas automáticas de infusão de medicamentos ou alguns modelos de desfibriladores automáticos - “Ressuscitadores” – que uma vez instalados no corpo, fazem o diagnóstico do tipo de parada cardíaca – fibrilação atrial, entre outras – e estabelecem a conduta terapêutica: descarregam, por exemplo, o choque com a tensão adequada para cada caso.

de “liberar” o trabalhador de etapas do processo de trabalho. Esses mesmos monitores, por exemplo, ao manterem constantemente informados os dados acerca da função cardio-respiratória, liberam os trabalhadores desse papel. Já foi afirmado anteriormente que a função da maquinaria sob o capitalismo não é a de diminuir o trabalho do trabalhador, mas de aumentar a produtividade do trabalho. No caso do trabalho em saúde, alguns autores (NOGUEIRA, 1987; PIRES, 1998) o confirmaram, demonstrando como em serviços onde foram implementadas mudanças tecnológicas, seja na forma de ferramentas seja na forma de máquinas, não houve substituição de trabalhadores; pelo contrário, ao serem liberados de certas tarefas, os trabalhadores passaram a assumir outras até então não presentes no processo produtivo. Logo, podemos visualizar duas conseqüências importantes, advindas da incorporação de equipamentos/máquinas ao processo de trabalho, para a qualificação do trabalho em saúde. A primeira refere-se ao aumento da produtividade e à conseqüente intensificação do trabalho, exigindo do trabalhador maior conteúdo superestrutural da qualificação (disciplinamento) a fim de executar um trabalho mais intenso. E a segunda refere-se à incorporação de outros conteúdos à qualificação técnica referentes ao conhecimento acerca do manuseio dos novos equipamentos. Pensamos que, embora máquinas estejam sendo progressivamente incorporadas cada vez em maior grau ao trabalho em saúde, pela natureza tecnológica própria desse trabalho, não se visualizam “sistemas de máquinas”, ou seja, um mecanismo autômato que coloque o trabalhador como mais uma de suas “peças”. Se máquinas já existem como componentes do processo de trabalho em saúde, o “sistema de máquinas”, pensamos, não existe sequer em germe²¹. Porém, mesmo como instrumentos subordinados ao trabalhador, essas formas de tecnologia passam a apresentar dimensão cada vez maior, interferindo sobremaneira sobre o “modo de operar” o trabalho em saúde. SCHRAIBER (1993) ressalta que o método da consulta clínica, por exemplo, passa a ser profundamente

²¹ Lembramos o leitor de que estamos considerando, para fins metodológicos, como “trabalho em saúde” somente seu recorte assistencial. Não incluímos aqui as áreas industriais de produção de bens (indústrias de equipamentos, indústria farmacêutica etc.) que são utilizados pelos serviços de saúde. Essas áreas apresentam geralmente as mesmas características tecnológicas de qualquer indústria capitalista de produção de bens, não sendo objeto de nosso estudo.

transformado pela incorporação de novos meios diagnósticos e terapêuticos dando origem à fase da medicina tecnológica.

Bem, mas dissemos em parágrafo anterior que a tecnologia consubstancializada em máquinas e ferramentas é apenas uma das apresentações possíveis dos recursos tecnológicos. E, no caso do trabalho em saúde, ao analisarmos sua limitada inserção, em relação à indústria produtora de “bens”, podemos entender porque as elaborações dos principais autores a tratarem desse tema são centradas em outra apresentação da tecnologia: aquela consubstancializada em saberes, técnicas, ou seja, “formas de operar” o trabalho em ato. Vejamos, mais de perto, esse tipo de tecnologia quando presente no trabalho em saúde.

Vimos que existem diversas formas de apresentação desses recursos tecnológicos, entre eles: estruturas organizacionais do trabalho, disciplinas científicas, normatizações, técnicas de relações interpessoais etc. Dentre esses “modos de operar” o trabalho, a moderna clínica, como expressão tecnológica das ciências centradas na doença do corpo anatomofisiológico – a patologia, anatomia, fisiologia – consolida-se como hegemônica no processo assistencial em saúde. Como vimos, as necessidades do capitalismo em relação ao trabalho em saúde são de duas naturezas: a primeira refere-se à necessidade de reprodução da força de trabalho e demandou maior intervenção do Estado a partir do século XVIII; a segunda refere-se ao papel de *normalização social*, que ganha maior dimensão com a assistência individual a partir do século XIX. Pois bem, o instrumento principal para a primeira tarefa não foi a medicina individual, mas instrumentos para intervenção sobre a saúde coletiva. Era o momento de constituição dos grandes centros industriais e surgiam como questões importantes as condições higiênico-sanitárias relacionadas à reorganização do meio urbano, que eram objetos de intervenção das diferentes apresentações da *medicina social* ou coletiva. Uma vez encarada essa fase estrutural de reconfiguração do meio urbano passa a apresentar-se como necessidade histórica para o capital o papel de *normalização social*, ou seja, a necessidade de intensificar a incorporação pelos cidadãos dos valores e padrões de normalidade social dominantes sob as relações sociais capitalistas (COSTA, 1979; LUZ, 1982, 2004a; FOUCAULT, 1994). É a partir desse momento, e dessa tarefa, que

se consolida a medicina e seu método – a clínica – como instrumentos disciplinadores do social, através da intervenção sobre corpos individuais. Por reproduzir relações necessárias a determinado momento histórico, a medicina, através da clínica, supera outras tecnologias na disputa pela hegemonia no comando do processo assistencial em saúde. Entre essas tecnologias, superadas e renegadas a papel subordinado à clínica, está a *epidemiologia*, cujo objeto, por ser a saúde da coletividade, encara o processo saúde-doença em dimensão social e tem no individual não seu objeto, mas uma expressão dele em um plano particular (MENDES-GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1997).

Além da apresentação na forma de desdobramentos de disciplinas científicas como a clínica, a epidemiologia, a psicanálise, o behaviorismo, entre outros, as tecnologias consubstancializadas em saberes/técnicas também podem se apresentar de modo mais “organizacional” no trabalho em saúde. Essa apresentação ganha maior dimensão e importância com a consolidação do trabalho em saúde sob a forma coletiva e institucional. A partir do momento em que o trabalho em saúde começa a consolidar-se como processo coletivo de produção de valores de uso, podendo adquirir ou não a forma mercadoria, que devem responder a necessidades cada vez mais complexas postas por uma sociedade crescente, ele começa a perder gradativamente a dimensão de ofício, de trabalho artesanal. Posta essa sua nova configuração – um processo de produção sob as relações sociais capitalistas – o trabalho em saúde passa a ser progressivamente subordinado a uma dinâmica que apresenta vários aspectos em comum com a produção de “bens materiais”. Um dos aspectos dessa dinâmica que passam a permeá-lo é a busca constante pela maior *produtividade* do trabalho. É importante lembrar que essa dinâmica que inicialmente se restringe aos setores produtivos, ou seja, os setores subsumidos diretamente ao processo de valorização, com o desenvolvimento do sócio-metabolismo do capital passa a “contaminar” também setores improdutivos, como é o caso do estatal (MÉSZAROS, 2002). Assim, o trabalho em saúde, sob o capitalismo monopolista, passará a incorporar formas organizativas, normatizações, “racionalizações” como modo de buscar essa maior produtividade. Muitas delas advindas originalmente da produção industrial.

É importante ressaltar que embora os saberes e técnicas de origem científica sejam os predominantes, não são os únicos a constituírem e direcionarem o modo de trabalhar em saúde. Esses “modos de operar” o trabalho podem ter outras origens como a prática cotidiana e as experiências acumuladas informalmente pelos trabalhadores ao longo de sua vida laborativa, o chamado saber tácito, por exemplo (SCHRAIBER, 1993; PEDUZZI, 1998; KUENZER, 2003). Todavia, com o progressivo desenvolvimento tecnológico nessa área e a exclusão ou subordinação do trabalho artesanal ao trabalho coletivizado, o saber tácito, que possuía papel central na prática dos físicos e até dos médicos-artesãos, passa a se tornar elemento menos necessário e presente no trabalho em saúde.

Os modelos tecnológicos de organização das práticas em saúde – a clínica, a epidemiologia, as diferentes concepções acerca da saúde e da doença, as diferentes concepções de planejamento e organização do trabalho, entre outros – vão em sua constituição conformando-se majoritariamente sob a égide dos preceitos científicos. A ciência passa a estabelecer o critério de legitimidade e a guiar as práticas de diagnóstico e terapêutica, seja através de equipamentos, seja através de conhecimentos e técnicas (DALMASO, 2000). Como é uma tendência inerente às relações sociais capitalistas a separação entre o trabalhador e o *saber* acerca do trabalho, tende a diminuir a dimensão subjetiva – o trabalhador – no direcionamento do processo produtivo enquanto aumenta a dimensão objetiva no trabalho – a ciência e a tecnologia.

Pensamos que o que faz com que a forma de tecnologia consubstancializada em saberes e técnicas predomine no trabalho em saúde, em relação às máquinas e equipamentos, seja a natureza de seu objeto. Ou seja, a complexidade que envolve o ato de cuidar, restaurar ou manter a integridade funcional do corpo, mesmo que seja somente em seu aspecto anatomofisiológico, impossibilita sua transferência para um mecanismo formado por máquinas, a não ser em etapas bem delimitadas do processo produtivo e sempre subordinadas ao trabalho vivo. Porém mesmo técnicas e “modos de operar” o trabalho, segundo MERHY (1997) e CAMPOS (1997), passam a exercer cada vez mais o papel de limitar a autonomia do trabalho vivo, contribuindo para

“mecanizar” o trabalho em saúde, fazendo com que sua eficiência tecnológica na tarefa de “defesa da vida” fique comprometida. Essas apresentações tecnológicas, como descrevem os autores, podem apresentar-se de maneira mais ou menos “rígida” a depender do grau de “liberdade” posto para o trabalho vivo. Como exemplos de mecanismos “enrriquecedores” do trabalho, os autores citam as tentativas de utilização de preceitos da chamada *Organização Científica do Trabalho* – OCT - na conformação de modos de organizar o trabalho assistencial em saúde. Manifestações dessas tentativas seriam, por exemplo, o estabelecimento de rotinas, normatizações e protocolos racionalizadores do processo produtivo em saúde que contribuiriam para o cerceamento da autonomia dos trabalhadores e para o distanciamento entre planejamento e execução no trabalho. Veremos à frente que esse processo não se apresenta sem contradições e que estas também impactarão a qualificação do trabalho em saúde.

Por enquanto, é necessário destacar que o impacto imediato da incorporação tecnológica sobre a qualificação do trabalho se expressa inicialmente: nos novos atributos técnicos que os trabalhadores passam a ter de dominar, ou seja, nos conhecimentos para manuseio de novos instrumentos e equipamentos; na substituição e ou adequação de condutas e técnicas advindas do saber prático para condutas legitimadas pelo conhecimento científico; na alteração das interconexões e da ordem das etapas constituidoras dos processos assistenciais pela incorporação de novos instrumentos diagnósticos e terapêuticos; na simplificação de determinados processos assistenciais após incorporação de novos equipamentos, técnicas ou saberes.

5.5 TENDÊNCIAS E CONTRADIÇÕES DA QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE SOB O CAPITALISMO ATUAL

Uma vez analisado o movimento que realiza a qualificação do trabalho em saúde desde o final do feudalismo até os dias atuais, podemos fazer uma tentativa de apreender nesse processo algumas tendências que podem nos auxiliar a compreender questões fundamentais postas a todos aqueles que direta ou indiretamente estão envolvidos com os processos produtivos em saúde. Porém, isso não é suficiente. Ao mesmo tempo em que analisamos algumas tendências pelas quais acreditamos passar a qualificação do trabalho em saúde nessa fase monopolista do capitalismo, faz-se necessário, a fim de se evitar apreensões parciais, evidenciar as contradições inerentes a esse processo. Geralmente essas contradições tendem a ser vistas como “inadequações”, “ruídos” ou “tensões” advindas de uma “ineficiente” organização e ou execução do trabalho. Essa compreensão, em grande parte, advém de uma cristalização no plano ideal de um modelo abstrato de trabalho em saúde. Ao contrastarmos o modelo abstrato com o trabalho concretamente existente, tendemos a ver nas diferenças, “imperfeições” da realização do projeto idealizado. Não percebemos o concreto como o que de fato é, ou seja, o abstrato “sujo”, voltando a ser permeado pelas múltiplas determinações do real. Logo, não abordaremos essas contradições sob essa dimensão “purificante” do trabalho em saúde, pois este é, para nós, necessariamente trabalho determinado por certas relações sociais e históricas. Não há como separar-se a técnica e o social na conformação do trabalho, inclusive do trabalho em saúde; ambas encontram-se intrinsecamente interdependentes e determinados. Ressaltamos também que essas tendências não possuem para nós estatuto de “leis irrevogáveis”. Como pensamos o real em movimento, e contraditório, essas tendências devem ser apreendidas como um *estar-sendo* do trabalho em saúde; *estar-sendo* que pode indicar um *dever-ser*, porém jamais um *será*. Tentemos, pois, com o devido cuidado a fim de evitar cristalizações do real, sistematizar algumas dessas tendências do trabalho em saúde sob o capitalismo monopolista e evidenciar-lhe possíveis contradições.

5.5.1 O TRABALHADOR COLETIVO EM SAÚDE E SUAS CONTRADIÇÕES

Apenas um corpo completo
e sem dividir-se em análise
será capaz do corpo a corpo
necessário a quem, sem desfalque,
queira prender todos os temas
que pode haver no corpo frase:
que ela, ainda sem se decompor,
revela então, em intensidade.
(MELO NETO, 1997: 283)

Uma primeira tendência que pudemos evidenciar em nossas análises é o movimento ininterrupto e progressivo de constituição do trabalho em saúde sob a forma coletiva, de modo cada vez mais amplo e complexo. Essa constituição se dá de maneira a reproduzir tendências do trabalho social sob as relações sociais de produção capitalistas, porém com algumas particularidades. O principal aspecto dessa coletivização refere-se à parcelarização do processo de trabalho e à conseqüente especialização progressiva dos trabalhadores nas práticas referentes à sua etapa parcelar do processo produtivo. No caso do trabalho em saúde isso se deu com a fragmentação do trabalho, outrora concentrado na figura do médico-artesão, em etapas separadas e delegadas a diferentes trabalhadores; sejam eles médicos-especialistas, sejam outros trabalhadores do campo da saúde como enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos etc. Esse processo inicialmente constitui os médicos modernos como trabalhadores “nucleares” que cooperam entre si, em torno do qual se localizam outros trabalhadores “periféricos”. Como a tendência à fragmentação é inerente ao trabalho social sob essas relações históricas, ela não cessa nesse primeiro movimento que constitui o trabalho coletivo em saúde; pelo contrário, cada novo campo parcelar do processo produtivo da saúde tende a reproduzir a fragmentação. É o caso do campo da enfermagem que constitui o enfermeiro como trabalhador nuclear frente aos auxiliares/técnicos de enfermagem, por exemplo. A especialização apresenta-se como conseqüência da fragmentação porque cada trabalhador ao ficar restrito a determinada etapa parcelar do processo de trabalho passa a restringir-se e especializar-se nas práticas concernentes a esse campo.

Pois bem, uma das mais evidenciadas contradições presentes no trabalho em saúde a partir de sua constituição como trabalho coletivo sob o capitalismo monopolista e que tem sido objeto de muitas elaborações (MENDES-GONÇALVES et al, 1990; SCHRAIBER, 1993; MERHY, 1997; CAMPOS, 1997; PIRES, 1998; PEDUZZI, 2001) advém de sua parcelarização “progressiva”, processo que produz trabalhadores “profundamente” parcelares e especializados, e dos mecanismos necessários à sua recomposição. Dizemos que essa parcelarização/especialização “progressiva” é contraditória porque, se por um lado, esse processo produz trabalhadores muito virtuosos em suas práticas parcelares, por outro, tende a tornar os trabalhadores restritos ao conhecimento e controle de sua etapa parcelar. Isso tende a criar uma grande dificuldade em proceder à “conexão” entre essas práticas interdependentes, conexão esta fundamental para a constituição do trabalho coletivo de forma produtiva. Essa dificuldade, é bom lembrarmos, não ocorre nas indústrias de produção de “bens materiais”, pois as mesmas possuem no substrato material – a maquinaria – o critério para a divisão e unificação do trabalho. Na indústria dominada pela maquinaria a divisão do trabalho não é realizada tendo por base a divisão do ofício em etapas parcelares, ou seja, a divisão manufatureira do trabalho. É o sistema de máquinas que determina que tipos de trabalhadores são necessários e em que momento do processo produtivo. No automatismo do sistema de máquinas a cooperação é, acima de tudo, cooperação de máquinas, e os trabalhadores são meros acessórios desse processo que lhes é externo. Já no trabalho em saúde predomina a cooperação baseada na divisão do trabalho, muito semelhante à antiga divisão manufatureira²². Mesmo sob essa fase – a manufatura – no caso da produção de “bens” não se apresentava com tamanha intensidade essa contradição que visualizamos no caso do trabalho em saúde. Isso se deve, como dissemos anteriormente, à peculiaridade do objeto das práticas em saúde. Subdividir, para efeito do processo

²² Caso queiramos detalhar mais essa categoria, pensamos que a divisão do trabalho em saúde apresenta características da divisão manufatureira clássica (*orgânica*), mas, e isso a complexifica, também apresenta setores produtivos com uma divisão semelhante à da manufatura *heterogênea*; ou seja, aquele tipo de trabalho onde o produto de cada etapa parcelar não se apresenta como matéria prima da etapa seguinte. Cada produto é produzido de maneira relativamente autônoma e depois se procede à unificação entre os fragmentos.

produtivo, a assistência à saúde em práticas sob controle de diferentes trabalhadores tem como resultado, em última instância, a subdivisão no plano abstrato do objeto dessas práticas, ou seja, o corpo, em diferentes fragmentos. Essa recomposição, por sua vez, em um todo orgânico e coerente não tem sido tarefa simples.

Não trataremos aqui, pois já o fizemos em momento anterior desse trabalho, dos fundamentos de tamanha complexidade por parte do objeto do trabalho em saúde, suas múltiplas determinações pelas relações sociais, econômicas e históricas e o impacto que as mesmas causam sobre a conformação das práticas em saúde. Como vimos, é essa complexidade que, por sua vez, determina que o trabalho vivo seja predominante no trabalho em saúde em relação ao trabalho morto consubstancializado na tecnologia, em suas mais variadas apresentações. São peculiaridades de um trabalho cujo produto socialmente útil consubstancializa-se, não em um “bem”, mas em uma *atividade*, um *ato*. O produto socialmente esperado e necessário do trabalho em saúde é um *ato* restaurador e ou mantenedor do normal, normal que ao ser cientificamente traduzido na forma da organicidade biológica tende a ocultar as determinações sociais dos padrões de normalidade. Como a complexidade da relação entre o processo e o produto do trabalho em saúde exige a presença do trabalho vivo como mediador predominante, a tecnologia fica secundarizada ao papel de acessório do trabalhador. Pois bem, com a divisão do processo de trabalho em etapas a cargo de diferentes trabalhadores, trabalhadores especializados cujo conhecimento restringe-se à sua etapa parcelar da produção, passa a ocorrer uma solução de continuidade entre as práticas, que impacta de maneira importante a produtividade do trabalho assistencial em saúde. Vimos que uma tendência importante do trabalho sob as relações sociais capitalistas refere-se à parcelarização e a especialização/simplificação progressiva. Vimos também que, no século XIX quando começa a constituir-se o trabalho em saúde centralizado por um trabalhador que detinha o conhecimento e, conseqüentemente, o controle sobre o processo de trabalho, essa contradição não estava posta, senão em germe. Isso porque embora existissem trabalhadores responsáveis por etapas parcelares do processo produtivo, este possuía na figura do médico-artesão o agente unificador das práticas fragmentadas. Um trabalhador com uma qualificação cujo conteúdo técnico

lhe propiciava o conhecimento e controle de todo o processo produtivo. À medida, entretanto, que a especialização progressiva absorve também esse agente, o conhecimento do trabalho em saúde passa a não se encontrar mais sob controle de um agente individual, mas sim do agente coletivo. Porém, como sabemos, a simples reconstituição das partes não conforma o todo; a interdependência entre as diferentes práticas do trabalho em saúde não conforma necessariamente um processo produtivo orgânico, coerente. Inevitavelmente, surgem vários “ruídos”, “tensões” que servem de subsídios a diversas elaborações teóricas acerca da “irracionalidade” e “desperdício” no setor saúde, da “desqualificação” dos recursos humanos ou da “ineficiência” de determinados instrumentos de gestão, entre outros (RIBEIRO; COSTA; SILVA, 2000; AMANCIO, 2004; LIMA, 2005). Não estamos aqui querendo dizer que esses elementos não constituam questões importantes e que não expressem aspectos constituintes do trabalho em saúde. Pelo contrário, geralmente eles elencam aspectos presentes na realidade cotidiana dos serviços; a questão posta é: será que não existe a possibilidade de estarmos apreendendo aspectos parciais e deixando de analisar outros aspectos constituintes do real? Senão, vejamos; será que o mesmo movimento que cria essas contradições advindas da parcelarização/especialização no trabalho não poderá desenvolver elementos que propiciem a reconstituição orgânica do trabalho parcelado? Pensamos que sim e procuraremos demonstrá-lo, ou melhor, evidenciá-lo em trabalhos de diferentes autores, cada qual à sua maneira apreendendo aspectos desse processo.

Um movimento que surge no processo de trabalho em saúde, como expressão da tentativa de se reagrupar suas parcelas em um todo orgânico, refere-se à constituição de campos de qualificação e práticas comuns a diferentes trabalhadores parcelares. PEDUZZI (1998) pôde evidenciar como esse aspecto de “borramento” dos limites nítidos entre as práticas concernentes a diferentes trabalhadores contribui para a constituição de um processo assistencial em saúde mais garantidor da integralidade da atenção. A autora, em seu relato, ressalta como isso se manifesta fortemente no caso de alguns serviços de saúde mental, como os CAPS – centros de atenção psicossocial – onde várias práticas outrora restritas a um corpo profissional específico passam a ser apreendidas por outros trabalhadores. É o caso de algumas condutas

diagnósticas e terapêuticas, outrora concentradas na figura do psiquiatra, que passam a ser realizadas por outros profissionais como psicólogos e enfermeiros. O inverso, nesse caso, também ocorre, com psiquiatras passando a dominar e utilizar em suas práticas aspectos das teorias do campo da psicologia. Isso faz com cada trabalhador individual, embora exerça predominantemente as práticas concernentes ao seu campo parcelar, adquira conhecimento acerca dos outros campos parcelares o que lhe propicia a capacidade de apreensão do processo produtivo em sua quase totalidade. CAMPOS (1997) diferencia aqui as práticas específicas de cada profissional, as quais denomina como *núcleo* de práticas e saberes, das práticas realizadas por todos os membros da equipe, as quais denomina como *campo* de práticas e saberes, ressaltando a importância da existência dessas duas dimensões para um processo de assistência à saúde de forma integral.

Em outros serviços de saúde também se pode perceber processos semelhantes. O movimento que, a princípio, fez com que os médicos delegassem tarefas para outros trabalhadores realizarem sob seu controle e supervisão, aprofunda-se de tal maneira que algumas práticas já passam a constituírem-se como pertencentes a mais de um campo profissional. Um caso já bastante consolidado é o da consulta clínica, por exemplo. Um instrumental metodológico para organizar o processo diagnóstico e terapêutico passa a ser utilizado por outros profissionais como o enfermeiro, o nutricionista, entre outros trabalhadores da saúde. Ao dominarem o método de diagnosticar e tratar as doenças, esses trabalhadores passam a dominar e praticar aspectos do diagnóstico e da terapêutica, antes restritos ao controle médico. Com isso esses trabalhadores passam a superar a posição de “paramédicos” e começam a se apropriar de aspectos mais amplos do processo assistencial. Ao mesmo tempo em que os médicos começam a ter seu papel central relativizado no trabalho em saúde, devido ao processo de especialização progressiva, outros trabalhadores começam a dominar campos mais amplos de saberes e práticas tornando-se capazes de apreender o processo produtivo em uma dimensão mais próxima da totalidade.

Outro movimento aparentemente contraditório que podemos visualizar em alguns espaços específicos do trabalho em saúde, e que expressa uma contraposição ao

processo de fragmentação do trabalho, são tentativas de se reconstruir a figura do trabalhador centralizador da assistência à saúde, o médico-artesão. Esse processo tenta realizar o movimento contrário, ou seja, o de reagrupar em um mesmo trabalhador diferentes campos parcelares de práticas e saberes que se encontravam fragmentados sob domínio de distintos trabalhadores especializados. Exemplo disso são os resultados advindos de experiências que tentam, por exemplo, reconstituir na contemporaneidade figuras como a do médico-artesão, na figura do médico de família. Como a medicina artesanal há várias décadas foi superada pela medicina tecnológica, permeada pela parcelarização/especialização e pela incorporação crescente de tecnologia, qualquer tentativa de retorno àquela forma não produz o esperado. O processo assistencial em saúde que estava sob controle quase integral do médico foi amplamente fragmentado e, cada um de seus campos parcelares delegados a trabalhadores especializados. No atual momento histórico, as tentativas de recompor um trabalhador, ao modo artesanal, tendem a produzir um trabalhador articulador de diferentes campos parcelares; um especialista em vários campos parcelares, ou seja, um médico que é ao mesmo tempo pediatra, clínico e ginecologista. É um generalista com outra qualidade, pois é integrado ao processo produtivo na forma coletiva o que impede o retorno a práticas artesanais. As tentativas de rompimento com a *unilateralidade* sob essas relações sociais parecem não resgatar necessariamente o caráter de totalidade sob a forma do trabalho artesanal, individual. Pelo contrário, essas experiências vêm demonstrar que o controle sobre a totalidade do trabalho em saúde não pode mais se dar na dimensão do trabalhador individual. Como pudemos ver no primeiro capítulo desse trabalho, esse não é um processo pelo qual parece passar somente o trabalho em saúde. No caso da produção de “bens materiais”, sob a *especialização flexível*, vários autores advogam que já se conforma como conceito importante o de “multifuncionalidade” ou de “polivalência”, que está relacionado à característica de um trabalhador assumir várias práticas parcelares (CORIAT, 1994; KUENZER, 2002a). Preferimos, como já argumentado em capítulo anterior, denominar esses trabalhadores como “multiparcelares”, pois, a nosso ver, expressa melhor esse movimento. Papel que, ao contrário de lhe propiciar a apreensão da

totalidade do processo produtivo, possui como propulsora a necessidade de intensificação do trabalho. Não é nosso objetivo aqui fazer analogias mecânicas entre esse dois processos de trabalho; queremos apenas ressaltar que determinados aspectos particulares *podem* ser expressão de um movimento mais amplo de diferentes formas de trabalho nesse período histórico.

Essas experiências demonstram como o movimento de parcelarização do trabalho e especialização dos trabalhadores cria contradições em seu desenvolvimento que precisam ser resolvidas pelo processo produtivo. Embrionariamente, portanto, a especialização estaria tendo como consequência o seu contrário, certa “desespecialização”, expressa nesses exemplos de certa “relativização” da divisão técnica do trabalho. Além disso, parece existirem casos em que a parcelarização coloca a necessidade de se unificar campos parcelares em sujeitos únicos, conformando exemplos de uma especialização “mais flexível”. Os aparelhos educacionais de qualificação acabam mais cedo ou mais tarde por acompanhar esse processo. Já são corriqueiros os cursos, especializações, residências com caráter interdisciplinar, ou seja, que qualificam em determinada área técnica – saúde mental, saúde da família, saúde coletiva, entre outros – trabalhadores de distintas áreas profissionais de maneira homogênea. É importante ressaltar que não parece se tratar de processos distintos, mas de um só movimento que, ao mesmo tempo em que aprofunda a especialização (tanto no campo médico, quanto nesses outros campos onde se visualiza cada vez mais “especialistas” entre os enfermeiros, nutricionistas, odontólogos), parece produzir contraditoriamente o seu contrário.

Até aqui citamos algumas contradições que impactam a qualificação do trabalho em saúde essencialmente em seu aspecto subjetivo, ou seja, o aspecto relacionado ao trabalhador individual e coletivo da saúde. São elas: a relação parcelarização/recomposição do processo de trabalho; a relação especialização/desespecialização; a relação trabalhador parcelar/multifuncional.

5.5.2 POLÊMICAS ACERCA DO PAPEL DA TECNOLOGIA NO TRABALHO EM SAÚDE ATUAL

Quando lerem seus papéis
Pesquisando, dispostos ao assombro
Procurem o Velho e o Novo, pois nosso tempo
É o tempo de nossos filhos
É o tempo das lutas do Novo com o Velho. (...)
Mas como diz o povo: na mudança de lua
A lua nova segura a lua velha
Uma noite inteira nos braços (...)
(BRECHT, 2000: 253)

Outro aspecto permeado por contradições, e que impacta de maneira importante a qualificação do trabalho em saúde, é aquele que se refere ao papel da tecnologia nesse processo produtivo. Como pudemos analisar em capítulo anterior, o trabalho em saúde diferencia-se do processo industrial produtor de “bens materiais” em relação à tecnologia por não apresentar na maquinaria um elemento central da produção. A tecnologia encontra nos saberes/técnicas/normatizações suas principais expressões, sendo que os mesmos ocupam sempre o papel de acessórios do trabalhador em sua ação sobre o objeto de trabalho. Objeto de trabalho que, pela sua complexa peculiaridade, exige como elemento central do processo produtivo, o trabalho vivo.

Pois bem, como vimos, não deixam de apresentar polêmicas as interpretações acerca do papel que pode cumprir a tecnologia no processo de trabalho em saúde. Há uma corrente importante da produção teórica brasileira, capitaneada por Merhy e Campos, por exemplo, que vê com muitas ressalvas a dimensão cada vez mais importante que passam a ocupar elementos como as normatizações, protocolos e organizações de caráter programático no processo de trabalho em saúde. Merhy entende a tecnologia consubstancializada em saberes/técnicas/normatizações como trabalho morto que, de forma muito semelhante à maquinaria, também exerce a pressão permanente pela “captura” do trabalho vivo. No entanto, para o autor

(...) em um centro de saúde, diferentemente da fábrica que analisamos, não é possível obter-se estratégias plenamente competentes que consigam ‘capturar’ plenamente o trabalho vivo, realizador imediato de bens finais, e que ocorre tanto ao nível da prática médica, quanto ao de qualquer outra prática de saúde. A ‘captura’ global do autogoverno nas práticas de saúde não é

só muito difícil e restrita, mas impossível pela própria natureza tecnológica deste trabalho (MERHY, 1997:98).

Nessa citação, podemos perceber como o autor apreende com bastante propriedade a relação dialética entre trabalho vivo e trabalho morto sob as relações sociais capitalistas. Ou seja, ambos tendem a conformar uma unidade de opostos onde a luta de um para dominar o outro é tensa e permanente. Vimos no primeiro capítulo desse trabalho que, no processo de surgimento e consolidação do modo de produção capitalista, existe uma tendência a se constituir gradativamente uma inversão nas posições de dominante e dominado pertencentes a essa relação. O trabalho vivo de plenamente dominante na produção artesanal vai sendo subordinado progressivamente a partir da cooperação simples e manufatura, até ser completamente dominado pela maquinaria na grande indústria. Na manufatura o trabalho vivo ainda era dominante, pois a tecnologia apresentava-se somente na forma de ferramentas/instrumentos de trabalho e na forma de saberes/técnicas/normatizações pelas quais se operava o trabalho. Esse instrumental de trabalho, seja na primeira, seja na segunda forma, estava submetida ao controle e ao ritmo ditado pelo trabalho vivo. Além disso, o conhecimento acerca do processo de trabalho estava sob controle exclusivo do trabalhador, inicialmente do trabalhador individual e depois do trabalhador coletivo. O conhecimento e o controle sobre o processo de trabalho ainda não havia se consubstancializado em um meio material, externo ao trabalhador. É somente com a maquinaria que isso se torna possível. Merhy acredita que tecnologias sob a forma de normatizações ou estruturas organizacionais do trabalho podem exercer o mesmo papel de controle e direção do processo de trabalho que a tecnologia consubstancializada na maquinaria. Ou seja, podem subjugar o trabalho vivo e “capturá-lo” com a mesma intensidade. Por isso, o autor, em sua proposta de classificação, engloba as três formas de tecnologia – máquinas, normatizações e estruturas organizacionais – naquilo que ele chama de “tecnologias duras”, em oposição a outras formas de tecnologias classificadas como mais leves, como é o caso de disciplinas científicas, técnicas de relações interpessoais etc. O conceito de “dureza”, para o autor expressa o caráter de rigidez em “capturar” o trabalho vivo e

expropriar-lhe o controle do processo de trabalho. Em última instância, o autor argumenta que existem estruturas organizacionais/normatizações tão rígidas, no limite que impõem ao trabalhador de exercer qualquer autonomia na definição de seu trabalho, que se pode compará-las a um sistema mecânico como o de máquinas, no qual o trabalhador torna-se um acessório do autômato, a maquinaria. No caso do trabalho em saúde, embora seja crescente a implantação de normatizações rígidas, essa subordinação do trabalho vivo ao trabalho morto não ocorre, segundo o autor, devido à natureza tecnológica desse processo produtivo. Mas, independente de se tratar do trabalho em saúde, será prudente colocarmos maquinaria e normatizações dentro da mesma classificação em se tratando do grau que as mesmas podem exercer de controle sobre o trabalho vivo? Pensamos que relembrar rapidamente a origem das apresentações tecnológicas pode nos ajudar a responder essa questão.

Vimos como a construção do conhecimento se dá através de processos sucessivos de abstrações advindas da atividade prática (trabalho); vimos também que as elaborações teóricas podem estar mais ou menos “distanciadas” do processo prático, porém jamais separadas; esse é o princípio da *práxis*, teoria e prática conformam-se sempre de maneira indissociável. Até a produção artesanal, o conhecimento e a tecnologia, não se apresentavam como hostis para o trabalhador. E a causa disso não se deve a uma suposta “liberdade” do trabalhador para fazer o seu trabalho como quisesse. Pelo contrário, o artesão também utilizava um conjunto de técnicas que historicamente foram cristalizadas, devido à eficiência que demonstraram em garantir uma dada produtividade, em certo modo de organizar o processo de trabalho; havia uma “rotina”, uma “norma”, uma “ordem” a seguir para se fabricar artesanalmente um sapato, por exemplo. Tanto que as corporações de ofício nada mais eram do que instrumentos de qualificação dos trabalhadores em “certo modo de produzir”. Todavia, esse conjunto de técnicas, esse “modo de operar”, não se apresentava para o artesão como algo hostil. Isso se deve ao fato de que *saber* e *fazer* encontravam-se sob domínio do trabalhador, nesse caso do trabalhador individual.

Com o modo de produção capitalista, e a divisão técnica do trabalho, teoria e prática passam a se concentrar em trabalhadores diferentes, fazendo com que os

sujeitos envolvidos nesse processo percam a consciência da indissociabilidade dos dois pólos. Isso contribui para que o trabalhador manual seja alienado em relação ao conhecimento do processo de trabalho. Concomitantemente a isso, o *saber* acerca do trabalho, ao afastar-se do trabalhador manual, concentra-se em seu pólo oposto: o trabalho intelectual. Porém, com a tendência à especialização progressiva e à fragmentação do trabalho, mesmo a etapa intelectual do processo de trabalho vai sendo parcelada e, em consequência disso o trabalhador intelectual também vai perdendo o saber e o controle sobre o processo de trabalho como um todo. Esse é o momento em que o *saber* acerca do processo de trabalho passa a migrar dos trabalhadores individuais para o trabalhador coletivo. Até esse momento, embora os trabalhadores individuais não detenham mais o conhecimento e o controle integral sobre o processo produtivo, o trabalhador coletivo os detém. Isso porque a dimensão subjetiva – trabalho vivo – ainda é predominante no processo produtivo. Essa é a apresentação presente na manufatura e, como vimos, esse domínio do trabalho vivo ainda coloca empecilhos para a acumulação crescente do capital, tanto que Marx entende essa fase como de *subsunção formal* do trabalho ao capital. Ainda são os trabalhadores a ditarem o ritmo e a forma de produzir. Não basta expropriar os meios de trabalho, é somente quando o capital consegue expropriar dos trabalhadores o *saber* e, consequentemente, o controle acerca do trabalho que se conforma a *subsunção real*. Somente quando o saber consubstancializa-se na ciência e o controle em sua expressão, a maquinaria, é que o trabalho morto subordina o vivo e a dimensão objetiva a subjetiva. É aqui, quando o *saber* dissocia-se do *fazer* que a tecnologia começa a apresentar-se para o trabalhador como externa a ele e como “força hostil que o domina” (MARX, 2001). Até o advento da maquinaria, a tecnologia resumia-se aos instrumentos/ferramentas de trabalho e às técnicas e formas organizativas do trabalho. O que direcionava o trabalhador em seus atos eram as “normatizações”, as “rotinas”, “menos rígidas” no caso do artesanato, e “mais rígidas” no caso da manufatura. Porém, mesmo com a rígida divisão técnica do trabalho e o controle despótico dos “capatazes” de chão de fábrica – a gerência da manufatura –, o trabalho vivo continuava predominando sobre o trabalho morto e ditando o ritmo da produção. Muitas vezes

interpreta-se equivocadamente que a *gerência científica* do taylorismo-fordismo teria sido a responsável por finalmente “dominar” o trabalho vivo, quando, na realidade, o fator responsável por tal foi, de fato, a maquinaria. Não são poucos os relatos da dura luta do capital na tentativa de subsumir o trabalho, desde a cooperação simples até a maquinaria. De controle infraestrutural – a divisão técnica extrema – ao superestrutural – disciplinamento físico e ideológico, criação de controles e gerências mais eficazes entre outros mecanismos (BRAVERMAN, 1987; ROMERO, 2005). Mas é com a maquinaria que a produção torna-se “especificamente” capitalista. Fizemos questão de fazer esse longo relato, que pode ter se apresentado como excessivamente repetitivo para o leitor, com o objetivo de embasar a opinião segundo a qual não se pode classificar como possuidoras do mesmo grau de capacidade de subordinação do trabalho vivo, essas duas apresentações da tecnologia – a maquinaria e as normatizações ou formas organizativas do trabalho. A primeira é, de fato, a única capaz de *realmente* subsumir o trabalho ao modo capitalista de produzir. Isso significa dizer que em processos produtivos, como é o caso do trabalho em saúde, em que, pela natureza de seu objeto, a maquinaria, na forma de sistemas de máquinas, não consegue tornar-se predominante, a dimensão subjetiva sempre será dominante. As outras apresentações tecnológicas não conseguem cumprir o papel da maquinaria.

Posto isso, fazem-se necessários alguns aprofundamentos. Dizer que o trabalho em saúde não pode ser subsumido *realmente* ao capital não significa negar as tentativas do capital nesse sentido. A prova de que elas existem são os vários modelos de organização do trabalho e de recursos humanos transpostos da produção industrial para o setor saúde, seja em empresas privadas, seja na esfera da produção estatal. Para o capital constitui-se em grande problema o fato de vários trabalhos, como saúde e educação, pertencentes ao chamado setor de serviços, pela natureza de seu objeto, não poderem ser subsumidos *realmente* à valorização. Ainda mais em um período em que a exploração desses setores apresenta-se como um paliativo importante para as crises advindas da produção industrial de outros ramos de produção²³. Pensamos que não

²³ Lembramos que uma das características dessa fase do capitalismo monopolista é o fato de o capital recorrer a setores até então improdutivos, ou seja, não subsumidos à dinâmica de acumulação do capital, como forma de “compensar” a queda tendencial da taxa de lucro nos setores predominantes da

seria exagero dizer que a grande maioria das chamadas “crises” do setor de serviços (baixa produtividade; pouca racionalização; desperdício; burocracia excessiva) são advindas dessa “inadequação” intrínseca. Como o setor estatal, embora não produza mercadorias, tem sua dinâmica também determinada pelas relações capitalistas, seus modos de produzir tendem a ser influenciados pela produção de “bens materiais”. Isso faz com que muitas dessas crises, reflexos dessa inadequação apareçam também no setor público. A partir daqui podemos ter vários desdobramentos possíveis dessas “crises de inadequação”, a depender da lógica geral que direciona cada uma das apresentações específicas do trabalho em saúde. Essas lógicas direcionadoras podem ser, em última instância, resumidas em duas: a lógica privada de produção de mercadorias-saúde; ou a lógica pública que não produz mercadorias, mas pode, ou não, organizar o processo produtivo sob a dinâmica da produção de mercadorias. Vejamos rapidamente os desdobramentos possíveis em cada uma delas.

No caso da produção privada, a lógica é a de produção de mercadorias sob a forma de procedimentos ligados à assistência à saúde individual. Vende-se uma consulta clínica, uma ecografia, uma cirurgia etc., sem que necessariamente esse processo tenha impacto sobre as condições de saúde do consumidor. Evidentemente para a realização do valor de troca é necessária a existência do valor de uso, portanto, esse consumo deve de alguma maneira satisfazer necessidades do consumidor, necessidades que, sabemos, podem ser estimuladas pelo próprio processo produtivo. No caso desse processo produtivo, como a maquinaria não é dominante, o trabalho vivo continua a ser o centro da produção e as “inadequações” acima citadas apresentam-se intrinsecamente. O capital, em sua tentativa de aumentar a produtividade, busca racionalizar ao máximo o processo produtivo e diminuir o controle do trabalhador sobre a produção lançando mão, para isso, de inúmeros instrumentos importados dos setores industriais, como diretrizes da *Organização Científica do Trabalho* - OCT, da chamada Qualidade Total, entre outros. Um exemplo é o caso do chamado Managed Care, analisado por MERHY (2000), como

produção. Para maiores aprofundamentos ver o primeiro capítulo desse trabalho em seu item “As mudanças no mundo do trabalho sob o capitalismo atual e seus impactos sobre a qualificação do trabalho”.

forma de racionalização pelo setor empresarial da saúde. Essa luta, nesse setor, apresentar-se-á de maneira contínua e ininterrupta, como dissemos acima, sem que o capital consiga subsumir *realmente* o trabalho em saúde, o que lhe propiciaria ampliar grandiosamente a valorização. Apresenta-se, portanto, como uma “luta eterna” que não tende a apresentar “soluções” diferentes das já citadas, como racionalizações pautadas pela lógica do lucro, burocratizações excessivas, trabalhadores parcelares cada vez mais alienados em relação à totalidade do processo produtivo.

No caso do setor público de saúde o processo é mais complexo. Existe uma tendência progressiva de esse setor ser permeado pela mesma lógica da produção de procedimentos-mercadorias de assistência individual presentes no setor privado (CAMPOS, 1987, 1992; BRAGA & SILVA, 2001), embora o sistema de saúde estatal não produza mercadorias. Nesse setor as crises advindas da “inadequação” devem apresentar-se de maneira semelhante à do setor privado, mas, a nosso ver, com um agravante. As formas de organização tecnológica criadas pelo processo produtivo capitalista como a OCT, por exemplo, servem à lógica da acumulação do capital. E sabemos como a concorrência inter-capitalista é o principal fator que impulsiona o capital a perseguir a ampliação progressiva da produtividade do trabalho a fim de garantir o processo de acumulação. Nos setores em que este fator impulsionador não está presente o ímpeto pela busca da maior produtividade é sensivelmente menor, mesmo com o uso desses mecanismos gerenciadores. Daí a origem de grande parte das avaliações de improdutividade do setor público presentes, inclusive no senso comum: ninguém produz mercadorias com tanta eficiência quanto os setores produtivos capitalistas. Some-se a isso uma contradição mais profunda, aquela relacionada ao papel do trabalho em saúde sob as relações sociais capitalistas. Lembremos que, sob as relações capitalistas, o trabalho em saúde exerce um papel central: o de ser componente do complexo e importante processo de reprodução da força de trabalho, seja no plano infraestrutural – manter os corpos íntegros para o trabalho – seja no plano superestrutural – consolidar padrões de normalização social reprodutores das relações sociais hegemônicas. Pois bem, será que essas expressões de “ineficiência” e “baixa resolutividade” podem apresentar contradições com esse papel fundamental do

trabalho em saúde sob o capitalismo? Pensamos que não só essas contradições existem como geram movimentos no sentido de suas superações. Várias transformações que acontecem cotidianamente no processo de trabalho em saúde repetem-se e, ao repetirem-se, podem estar demonstrando a existência de embriões de superação de formas atualmente hegemônicas. Demonstramos como, a nosso ver, o processo de constituição do trabalhador coletivo em saúde, pautado na parcelarização do trabalho e na especialização dos trabalhadores, gera contradições que o processo produtivo precisa resolver, contribuindo para que surjam experiências novas que impactam a qualificação dos trabalhadores. Se em relação à constituição do trabalhador coletivo surgem essas contradições, não poderiam elas surgirem também quando se trata da relação com as tecnologias em saúde, aí incluídos instrumentos, técnicas, saberes e formas organizativas do trabalho? Vejamos alguns exemplos que nos fazem tender a responder essa questão afirmativamente.

Como vimos, uma necessidade posta para o trabalho em saúde, a partir da parcelarização/especialização progressiva, é a de aprimorar os mecanismos de interconexão entre os diferentes campos parcelares e suas práticas concernentes a fim de constituir uma unidade do processo assistencial em saúde. Citamos algumas experiências nesse sentido: processos produtivos relativizadores da divisão técnica do trabalho; reconstituição de práticas fragmentadas sob controle de trabalhadores multiparcelsares, o que tende a provocar uma flexibilização da especialização; socialização de práticas e saberes, outrora concentrados na figura do médico, com outros trabalhadores “nucleares”. Quando analisamos o papel das diferentes formas de tecnologia no trabalho em saúde também podemos apreender algumas contradições que tendem a ser resolvidas pelo processo prático de trabalho de variadas maneiras, algumas delas, a nosso ver, questionadoras das relações hegemônicas historicamente instituídas nesse trabalho. Vejamos alguns exemplos.

Um primeiro elemento que começamos a visualizar com cada vez maior frequência nas diferentes apresentações concretas do trabalho em saúde refere-se a tentativas de construção de novas formas de tecnologias de gestão, que rompem com preceitos clássicos da OCT, quais sejam: separação rígida entre planejamento e

execução; rigidez em relação à divisão técnica do processo de trabalho; gerência científica, entre outros. São experiências que vão desde estabelecimento de maior democracia na relação entre gerentes e executores até verdadeiros exercícios de *autogestão* do trabalho (CAMPOS, 1997, 2003; PEDUZZI, 1998; PIMENTA, 2000; ONOCKO CAMPOS, 2003). Estes últimos particularmente nos interessam, pois há relatos dessas experiências tanto em nível de sistemas de saúde municipais quanto em unidades produtivas diretas, ou seja, em serviços de assistência à saúde. Não faremos aqui uma análise de experiências particulares, seus avanços e limites (os segundos geralmente são muito maiores que os primeiros), os condicionantes políticos locais que facilitaram suas emergências etc. Também não procederemos aqui à exortação de experiências que, sob a égide de construir gestões “democráticas e participativas”, criam mecanismos de cooptação de trabalhadores e usuários do sistema de saúde. Queremos apenas ressaltar que quando, por exemplo, PEDUZZI (1998) relata a existência de um serviço de saúde mental onde são discutidos e deliberados coletivamente elementos como, a organização interna do serviço, os planos terapêuticos para determinados casos clínicos, a relação do serviço com outros níveis de gestão etc., pode-se visualizar manifestações de relações novas ao nível da produção que, inclusive, chocam-se com as instituídas. Essas experiências colocam elementos importantes como: a capacidade dos trabalhadores gerenciarem a produção; e a possibilidade de apropriarem-se do controle da totalidade do processo produtivo por meio do reconhecimento da interdependência entre as múltiplas parcelas do trabalho. Isso pode contribuir para se tensionar alguns elementos responsáveis pelo processo de alienação do trabalhador em relação ao seu trabalho sob relações sociais antagônicas. Experiências como essas podem contribuir para que o trabalho seja apreendido como mais “cheio de sentido”, para usar as palavras de ANTUNES (1995), fazendo com que o nível de responsabilização, por parte dos trabalhadores, para com o projeto assistencial coletivamente (re)construído e com os sujeitos demandadores dos serviços ganhe outra dimensão. É importante lembrar que experiências de *autogestão* não significam, ou não deveriam significar, formas de retorno à “liberdade” dos tempos do artesanato. Pelo contrário, a *autogestão* do trabalho coletivo significa a

possibilidade de superação de formas atrasadas como a do artesanato (produção de base individual) e da heterogestão (gestão capitalista do trabalho coletivo). Não significa o retorno a uma nostálgica “autonomia” do trabalhador individual, mas sim a subordinação das práticas individuais ao plano coletivamente construído, seja em escala local, seja em escala social mais ampla. Discordamos de análises que vêem no artesanato a única forma de trabalho desalienante e por isso criticam a restrição à autonomia do trabalhador individual como intrinsecamente “desumanizante” (CAMPOS, 1997). Não queremos dizer aqui que seria interessante a abolição da possibilidade de os trabalhadores possuírem no cotidiano do trabalho diferentes alternativas de executarem suas práticas a depender dos desafios postos por casos particulares; não estamos nos referindo à interdição dessa “micro-autonomia”, mesmo porque não acreditamos que isso seja possível no caso do trabalho em saúde, devido à já descrita natureza peculiar de seu objeto. Queremos apenas ressaltar que a superação do ofício, através da constituição do trabalho social, coletivizado, elevou a capacidade de apreensão e intervenção do Homem sobre o mundo a um ponto jamais alcançado pela humanidade. É bem verdade que as mesmas relações sociais que catalisaram essa transformação tornam-se empecilhos para a constituição de outras formas de produzir, mais humanizantes, como a *autogestão*. Porém, pensamos que as próprias contradições geradas sob essas relações de produção pedem resoluções pelos processos produtivos concretos. No caso do trabalho em saúde, as formas hegemônicas de gestão parecem estar demonstrando seus limites em unir os trabalhadores em torno de um projeto assistencial que tenha impacto sobre a condição de saúde da população. Em vista disso, outras formas de gestão esboçam-se como tentativas de resolver essas contradições. As experiências que tentam trabalhar com elementos da *autogestão* parecem inscrever-se nesse quadro. Não devem ser as únicas, mas parecem ser aquelas que trazem elementos novos para o campo do trabalho em saúde. Outras surgem, mas em sua maioria tendem a ser reapresentações de velhas formas com novas roupagens, como gestões pautadas na OCT que incorporam elementos da chamada “qualidade total” ou de “novas” técnicas de gerenciamento de recursos humanos pautadas em ferramentas como “motivação”, “comprometimento” etc.

Seguindo nossa análise acerca das novas apresentações tecnológicas de organização das práticas em saúde pensamos haver uma dessas formas que devemos analisar mais profundamente, qual seja, aquela referente às normatizações, rotinas e protocolos “direcionadores” das práticas assistenciais. Como já dissemos antes, há autores que tendem a ver com muitas restrições o uso cada vez maior desses tipos de instrumentos, por lhes incumbirem várias conseqüências negativas para o processo produtivo em saúde, entre elas: a diminuição da autonomia dos trabalhadores em decidirem dentre seu arsenal de saberes, os mais eficientes para cada caso particular; a burocratização conseqüente à padronização excessiva; a baixa responsabilização dos trabalhadores conseqüente a essa “objetivação” excessiva do processo de trabalho. Concordamos que, sob as relações sociais e as formas hegemônicas de organização do trabalho sob o capitalismo, essas apresentações tecnológicas tendem a se apresentar com essas características. Aliás, no trabalho subsumido ao capital elas são criadas para isso, como vimos anteriormente. Já detalhamos anteriormente porque não concordamos com a classificação dessas normatizações como “tecnologias duras” à maneira da maquinaria, portanto, não iremos repeti-la em sua totalidade. Apenas relembremos o centro de nossa discordância. Ao contrário da fábrica, no caso do trabalho em saúde o trabalhador continua dominando o *saber* acerca de seu trabalho e quando as normatizações constituem-se apenas em sistematizações desse saber em um instrumento externo ao trabalhador, como é o caso dos protocolos terapêuticos, por exemplo, não tendem a se constituírem relações de *estranhamento* (LUKÁCS, 1979; MARX, 1985). Constitui-se uma relação de externalidade, é verdade, própria da objetivação do trabalho²⁴. Aquilo que só existia subjetivamente, na mente do trabalhador, agora se encontra objetivado em um protocolo. Porém, o trabalhador reconhece-o como sistematização e produto do trabalho, não lhe aparecendo como estranho. Não se estabelece uma relação de estranhamento entre o trabalhador e essa

²⁴ Aqui se encontra um rompimento de Marx com Hegel. Enquanto o segundo entendia que o processo de trabalho era inevitavelmente processo de *objetivação* e *estranhamento*, o primeiro entendia somente a *objetivação* como intrínseca ao trabalho humano. Para Marx o processo de *estranhamento* era resultado do trabalho sob determinadas relações sociais, nas quais o trabalhador não detinha o saber e o controle sobre o processo e o produto do trabalho. Para aprofundamento ver MARX, K. “Manuscritos econômico-filosóficos”, Op. cit.

tecnologia (a normatização), pois as “recomendações” de “como trabalhar” não são contraditórias com as compreensões do trabalhador acerca de “como se deve trabalhar”. Por isso, visualizamos menores resistências dos médicos em seguirem rotinas clínicas, por exemplo, que se tornaram cada vez mais presentes na prática clínica durante o século XX (DALMASO, 2000). Todavia, existem outras possibilidades. Uma delas é a relação que se estabelece entre trabalhadores e as normatizações, quando os primeiros detêm apenas uma parte do saber consubstancializado nas segundas. É o caso da relação dos trabalhadores de nível mais técnico – técnicos de enfermagem, de laboratório, de odontologia, entre outros – com protocolos organizadores de determinadas práticas coletivas de assistência das quais eles realizam uma parcela, geralmente mais manual. Nesses casos, de fato a relação de *estranhamento* pode se apresentar em variados graus, pois a parte do saber que o trabalhador não detém encontra-se na tecnologia. Todavia, mesmo nesse caso, não se pode comparar o grau desse *estranhamento* com aquele que apresenta o trabalhador fabril em relação à maquinaria. Devemos também relembrar o papel importante que pode cumprir a tecnologia como reagrupadora das práticas parcelares, dando-lhe maior produtividade. Caso não exista o protocolo, por exemplo, esses mesmos trabalhadores irão realizar as práticas tendo como referência outros elementos como as determinações de trabalhadores com maior conteúdo de qualificação (os auxiliares/técnicos de enfermagem tendem a ser sempre “auxiliares” de enfermeiros, de médicos...), ou as ordens dos gerentes despóticos. Outro exemplo importante, já bastante consolidado, é o do desenvolvimento de prontuários únicos para os usuários dos serviços de saúde. Através de um local único de registro das diversas práticas parcelares, os trabalhadores podem visualizar a interdependência entre elas e até se apropriar em diferentes graus do conhecimento integral do processo produtivo. Em algumas experiências, sob influência das normatizações, avança-se para o registro de coletivos, como prontuários familiares, por exemplo. Contraditoriamente, portanto, parece que essas apresentações tecnológicas, ao mesmo tempo em que se tornam “direcionadoras” dos trabalhadores “mais periféricos”, parecem criar um espaço maior de autonomia para os mesmos em relação aos trabalhadores ditos “nucleares”, ao

mesmo tempo em que evidencia o caráter de interdependência entre as práticas parcelares.

Ainda em relação às normatizações, existem outras contradições, com raízes mais antigas do que as acima citadas. Refere-se àqueles casos de organização do processo de trabalho em saúde através de experiências de integração sanitária. Se é verdade que existem programas cujo principal objetivo é a racionalização de serviços de saúde centrada na assistência médica individual, é verdade também que, cada vez mais, assiste-se à consolidação de *Ações Programáticas em Saúde*, cujo papel é o de “articular instrumentos de trabalho dirigidos a indivíduos, entre eles a assistência médica individual, a instrumentos diretamente dirigidos a coletivos, objetivando potencializar a efetividade epidemiológica de todos os instrumentos.”(NEMES, 2000: 54). Portanto, quem volta a surgir como ciência privilegiada para estabelecer critérios e métodos sobre os quais se devem organizar as práticas assistenciais em saúde, por mais contraditório que possa parecer, é a *epidemiologia*. A mesma que viu a clínica, como método explicativo e de intervenção sobre a doença dos corpos individuais, consolidar-se como método hegemônico e dominante das práticas em saúde, subordinando outras concepções e métodos de intervenção sobre a saúde-doença, inclusive a própria *epidemiologia*. Pois bem, assistimos ao momento em que o desenvolvimento tecnológico consubstancializado em modernos equipamentos e técnicas de intervenção sobre o corpo - desenvolvimento que somente pôde ser alcançado pela consolidação da clínica como representante tecnológica no plano do trabalho das ciências positivas como a patologia – começa a transformar a clínica. Vários autores analisaram o quanto o método clássico da clínica, constituído pela consulta como unidade produtiva, vem sendo reconfigurado pela influência de novos recursos diagnósticos e terapêuticos que passam inclusive a abolir etapas desse método, como alguns elementos da clássica anamnese, do clássico exame físico ou da relação médico-paciente (DONNANGELO, 1975; SCHRAIBER, 1993; DALMASO, 2000). Pensamos que não seria de todo equivocado dizer que a clínica, como expressão da forma pela qual se desenvolve esse movimento, ao impulsioná-lo colaborou para lançar as bases de sua própria superação futura. E nos parece que, ao

ser abalada em sua hegemonia, ela deixa mostrar “fissuras” pelos quais começam a “respirar” outras concepções/métodos²⁵ que estiveram por muito tempo subordinados e mesmo por ela “sufocados”. E a *epidemiologia* é a que se apresenta com maior legitimidade; legitimidade científica conquistada, como bem lembram MENDES-GONÇALVES (1994) e AYRES (2002), à custa do abandono no passado de seu maior potencial emancipador, em meio ao processo de subordinação à racionalidade médica hegemônica, pois

Se a Medicina Social se propunha como prática política, a Epidemiologia, resguardada no panteão das ciências, desdobrar-se-á em aplicações que aspiram ao estatuto de técnicas puramente. Proporá não modificações no social diretamente, mas nos efeitos do social sobre os indivíduos. Em vez de propor a modificação das condições que resultam em situações de habitação e nutrição insalubres, por exemplo, proporá que os ‘hospedeiros’ sejam protegidos através do isolamento das fontes de infecção, da correção das condições infra-estruturais da habitação, da educação para melhor nutrição possível e para a higiene, etc., etc., etc. (MENDES-GONÇALVES, 1994: 80).

Mas, apesar desse movimento histórico de acomodação ao instituído, a *epidemiologia* continua apresentando-se como a única ciência a conceber e a tentar apreender o processo saúde-doença em sua dimensão coletiva, mesmo quando utilizada para instrumentalizar práticas individualizantes. Logo, vemos como avanço o fato de existirem experiências que tentam trabalhar as práticas de saúde dentro de programas ou projetos assistenciais direcionados, se não ainda hegemonicamente visto que a clínica continua dominante, pelo menos com influência crescente da *epidemiologia*.

Bem, retornando à relação tecnologia/trabalhador, podemos ver que no caso desses programas e normatizações organizados com forte influência da *epidemiologia* pode-se apresentar o fenômeno do *estranhamento* pelos trabalhadores cujas práticas sejam aquelas historicamente embasadas na racionalidade médica. Aí, de fato, o que se sobressai é o estabelecimento de uma nova relação dos trabalhadores com métodos

²⁵ Podemos visualizar nesse momento de crise da clínica tradicional a expressão de diversas concepções e práticas não hegemônicas no campo da saúde e que, até pouco tempo, não encontravam tanto espaço. É o caso das diversas apresentações de medicinas e terapias ditas “alternativas” como homeopatia, fitoterapia, acupuntura, entre outras. Várias dessas, inclusive, já se encontram em processo avançado de “reconhecimento” pela ciência médica hegemônica.

cuja ciência orientadora não está sob seu domínio. O que se apresenta nessa forma de relação tensa, a nosso ver, é mais do que uma simples reconfiguração tecnológica do trabalho, mas uma expressão, ao nível das práticas, de uma disputa histórica entre duas diferentes concepções acerca da saúde e da doença na sociedade. Por um lado, a clínica, corrente hegemônica que se consolidou como o método direcionador da medicina a partir da sua adequação às relações sociais capitalistas, por apreender o processo saúde-doença como de caráter individual e naturalizante. E, por outro lado, a *epidemiologia*, resultado da adequação de concepções emancipadoras à racionalidade médica, como método de apreensão da saúde e da doença como processo coletivo. Apesar de a clínica ainda ser hegemônica, parecem surgir “tensões” a essa hegemonia, advindas da incapacidade que tem apresentado o trabalho em saúde organizado sob suas diretrizes de impactar de forma significativa as condições de saúde da população. Pensamos que essa incapacidade é apreendida tanto pela população através das constantes manifestações de insatisfação em relação aos sistemas de saúde, quanto pelos trabalhadores que a expressam através do desânimo cotidiano em relação aos resultados de seus trabalhos. Evidentemente não estamos abstraindo os demais fatores conformadores dessa insatisfação como, por exemplo, precárias condições de trabalho e salariais. Mas estamos ressaltando que um fator importante para a satisfação do trabalhador com seu trabalho é a visualização do impacto social de suas práticas. Evidentemente que isso somente pode estar posto para o conjunto dos trabalhadores sob outras relações sociais, não alienantes, onde o trabalhador reconheça no trabalho não “um meio de vida”, mas o “fim último da existência”, o elemento que o liga ao gênero humano. Mas também pensamos que existem trabalhos que produzem graus diversos de *alienação*, ou seja, graus diversos de estranhamento e de insatisfação do trabalhador em relação à sua atividade e aos produtos da mesma (MÉSZÁROS, 2006). No caso do trabalho em saúde, onde esfera de produção e consumo são unidas, ocorrem no mesmo espaço/tempo, a alienação tende a apresentar-se em menor grau quando comparada à produção de “bens materiais”. Pensamos que um dos fatores responsáveis por ampliar o nível de alienação dos trabalhadores da saúde em relação ao seu trabalho seja a não visualização em dimensão mais ampla dos impactos do

mesmo. A sensação descrita no cotidiano dos serviços, principalmente aqueles responsáveis por uma assistência mais extensiva²⁶ ao conjunto da população, é a de eternamente “dar murro em ponta de faca”. A questão não está em perceber o impacto de algumas práticas que colaboram para tratar uma doença de determinada pessoa, isso é perceptível. A questão está no reconhecimento de que a restrição do trabalho em saúde a essa dimensão, não tem promovido um processo de produção de autonomia das pessoas em seus “modos de andar a vida”, além de não estar apresentando impacto significativo sobre as condições gerais de saúde da população. Pensamos que são essas contradições, postas pelas limitações da clínica em responder aos problemas concretos colocados pela realidade do trabalho em saúde, que abrem espaços para a estruturação de serviços assistenciais em saúde não direcionados hegemonicamente pela lógica da “consulta”. Já se conformam como conceitos “consensuais” as idéias de que os serviços devem passar a abordar as questões da saúde e da doença de forma a unir práticas de caráter preventivo às aquelas tradicionais curativas; a importância de atuação sobre coletivos com semelhante leque de determinantes de saúde-doença (idosos, adolescentes, trabalhadores de determinado setor, “grupos de risco” etc.); em casos mais avançados, preconiza-se o uso de indicadores epidemiológicos como “direcionadores” das práticas e dos recursos em saúde. Enfim, são exemplos de que o trabalho em saúde tem criado outros mecanismos para apreensão de como o social lhe adentra, para além da dimensão individualizante e naturalizante presente na abordagem restrita aos aspectos anatomofisiológicos do corpo, abordagem que se dá através da clínica. No entanto, esse processo não se apresenta de forma harmoniosa visto que

As ações programáticas de saúde não tratam do mesmo problema que a Medicina, no plano do conhecimento e das técnicas, mas como tratam do mesmo problema no plano da realidade social, encontram-se contraditoriamente opostas à Medicina, sempre que esta última for apresentada como portadora única da verdade e das únicas soluções adequadas para aquele mesmo problema. Sua efetivação como proposta depende, portanto, antes de mais nada, da relativização daquele monopólio médico, o que é antes uma questão político-ideológica do que científica (MENDES-GONÇALVES; SCHRAIBER; NEMES, 1990: 46).

²⁶ Como os serviços de Atenção Básica do SUS, por exemplo.

Sempre é importante lembrar que há outros fatores “tensionadores” das normatizações/protocolos que não devem ser confundidos com o *estranhamento* tal como o caracterizamos. Entre esses fatores estão as tentativas de manutenção de interesses corporativos dos médicos que aparecem sob a bandeira de defesa da *autonomia* profissional. *Autonomia*²⁷ de base liberal, expressão da forma artesanal de produção da medicina, há muito superada pela medicina tecnológica (DONNANGELO, 1975; SCHRAIBER, 1993). Medicina tecnológica que vem sendo subordinada progressivamente ao trabalho coletivizado organizado sob influência de outras ciências e métodos não necessariamente circunscritos à racionalidade médica. Por isso devemos ter extrema precaução e analisarmos profundamente discursos e concepções exaltadoras da ampliação da *autonomia* do trabalhador sob o trabalho em saúde nos tempos atuais. A *autonomia*, que já constituiu elemento superestrutural necessário à qualificação do médico, nos dias atuais tende a se constituir como expressão ideológica que tenta conter as mudanças necessárias, e já em curso, no trabalho em saúde. Isso porque significa a tentativa de manutenção não mais possível de uma condição de trabalhador artesanal, controlador individual do processo assistencial em saúde através da hegemonia da racionalidade médica e através do controle hierárquico sobre os demais trabalhadores da saúde. Possibilidade que o desenvolvimento material do trabalho vem descartando a cada dia. Essa condição contribuía para a manutenção de posto de elevada autoridade e valorização social, aspectos importantes para dar legitimidade ao papel que exercem os médicos como intelectuais legitimadores das relações sociais hegemônicas através do processo de normalização social. Por isso, concordamos com ROCHA (2000: 125), quando diz que “a medicina não é vítima unilateral neste processo social de transformações, mas por efeito dessa mesma determinação estrutural se constitui ela própria em sujeito que contribui para a recriação sob nova forma das estruturas... que a presidem”.

²⁷ Referimo-nos aqui sobremaneira ao corporativismo dos médicos, porém é sabido que os apegos ao ideal de profissão e a concorrência entre os trabalhadores sob as relações capitalistas dão margem para a consolidação das mais diversas apresentações dos corporativismos. No caso da enfermagem, por exemplo, que historicamente luta para terem legitimadas práticas que lhes foram delegadas pelo trabalho médico, os enfermeiros, através de seus conselhos, criam mecanismos vários a fim de impedir que técnicos de enfermagem possam ter legitimadas como de seu campo de atuação práticas que, com a coletivização do trabalho, lhes foram delegadas pelos enfermeiros.

Concordamos com CAMPOS (1992) que existem aspectos, no que o autor denomina como “forma neoliberal de produção de serviços de saúde”, que colaboram para a manutenção do ideal de autonomia, porém pensamos que a dimensão e importância dos mesmos diminuem progressivamente visto que, também no trabalho em saúde, os pequenos produtores isolados tendem a ser absorvidos pelos grandes monopólios. Pensamos que as “formas atípicas” de relação dos trabalhadores com os meios de trabalho – cooperativas, credenciamento de consultórios particulares – tendem, cada vez mais, a se constituírem em formas “veladas” de relações de assalariamento.

Ainda em relação à tecnologia, pensamos ser importante ressaltar sua gênese e função inicial. Os instrumentos e técnicas surgem de um processo contínuo de intervenção prática do homem sobre seu objeto de trabalho. À medida que o homem atua, melhor apreende seu objeto, elabora novos conhecimentos acerca do trabalho (ciências, saberes) e transforma os “modos de operar” através da incorporação desses novos saberes na figura de suas expressões “operativas”, quais sejam, as diversas apresentações tecnológicas, sejam técnicas, sejam instrumentos de trabalho. Logo, a função geral da tecnologia é a de facilitar/aprimorar a intervenção do homem no processo de produção social da existência. Esse não é um processo surgido com o modo de produção capitalista, sempre é importante lembrar. Pelo contrário, é consequência da única atividade ontologicamente humana, o trabalho (LUKÁCS, 1979). Não há como negar o espetacular avanço ocorrido na área de ciências tanto as ditas “naturais” como a biologia, química, física, quanto as sociais como a filosofia, história, sociologia etc., e o impacto que as mesmas exercem sobre o trabalho em saúde. Hoje, sua capacidade de conhecimento e intervenção sobre seu objeto, mesmo que se tente restringi-lo ao corpo anatomofisiológico individual, alcança níveis jamais imaginados pela humanidade. A questão que se coloca é o fato de as relações sociais capitalistas forjarem uma relação de antagonismo entre o ser humano e o mundo por ele construído como em nenhuma sociedade anterior. Os produtos do trabalho humano, entre eles a tecnologia, apresentam-se para o trabalhador como encarnação do capital, que os domina, e não como objetivação de seu trabalho. É necessário, portanto,

diferenciar relações sociais de produção dominantes e apresentações tecnológicas desenvolvidas pelo homem sob essas relações. Diferenciar não significa, evidentemente, negar as relações de determinação recíproca entre essas duas categorias que, como dissemos anteriormente, no plano social (não de uma forma particular de trabalho) consubstancializa-se na relação entre grau de desenvolvimento das *forças produtivas e relações sociais de produção*. As segundas podem, a depender do período histórico, exercer o papel de estímulo ou contensor sobre as primeiras. Portanto, ao contrário de qualquer apologia a uma inexistente “neutralidade” da ciência ou da tecnologia, queremos ressaltar o caráter histórico e determinado dessas práticas (LOWY, 1987; KATZ, 1996). Para aqueles que pensam que, com o desenvolvimento tecnológico, a tendência é a ciência apresentar-se cada vez como mais “pura”, “liberta” de determinantes sociais e históricos, enfim, apresentar-se como a encarnação da “verdade absoluta”, fizemos questão de citar um artigo publicado em um dos principais veículos da imprensa escrita do país acerca da genética, uma ciência que, como sabemos, representa o que há de mais moderno no conhecimento humano.

Um estudo conduzido desde 1991 por pesquisadores das holandesas Universidade de Amsterdã e Universidade Vrije e da norte-americana Universidade de Chicago vem observando a incidência de solidão em pares de gêmeos holandeses a fim de investigar a possibilidade de predisposição genética ao sentimento. O trabalho define a solidão como "o centro de uma constelação de estados socioemocionais, que incluem auto-estima, humor, ansiedade, raiva, otimismo, medo ou negatividade, timidez, habilidades sociais, suporte social, insatisfação e sociabilidade". De acordo com os dados, a hereditariedade do sentimento é de 48%.

Episódios de exclusão social, ostracismo, rejeição, separação e divórcio estão entre os potenciais acentuadores da solidão, dizem os pesquisadores. O grupo estudado foi formado por 8.387 gêmeos, sendo 3.280 homens e 5.107 mulheres. No que diz respeito às diferenças entre os sexos, as mulheres se revelaram mais suscetíveis a manifestar a herança genética, sentindo-se solitárias com mais frequência do que os homens. A pesquisa aponta ainda que a manifestação dessa predisposição genética a se sentir só pode ser atenuada ao longo da vida por influência do ambiente e que as contribuições do meio tendem a apresentar impacto de maior dimensão sobre os adultos do que sobre as crianças. Por outro lado, “a característica hereditária pode ser acentuada na idade adulta quando o indivíduo tende a organizar sua vida mais de acordo com o seu genótipo e menos de acordo com as demandas do meio”, diz o estudo (Folha de São Paulo, 08/12/05).

Esse exemplo demonstra como a ciência “neutra” contribui para naturalizar através da “biologização” do social, aspectos determinados pelas relações sociais.

Nesse momento histórico, sob um modo de produção que, através da defesa da propriedade privada, consolidou o indivíduo como expressão ideal da humanidade, assiste-se cada vez mais ao fenômeno que SARTRE (2002) denominou como *serialidade*, ou seja, a incapacidade da união de indivíduos conformar uma comunidade. O sentimento cada vez mais presente, principalmente nos grandes centros urbanos, de, ao mesmo tempo, “estar entre milhões de pessoas” e “estar só”, tende a ser expressão desse fenômeno de “não pertencimento” que acomete os indivíduos. Sob determinadas relações sociais individualizantes, onde o trabalho social, que deveria ser fator de reconhecimento dos sujeitos em seu gênero, torna-se fator de alienação, perde-se a dimensão do vínculo com a espécie. Pois bem, como é possível advogar que esse sentimento que é, em última instância, uma *relação social* (eu somente posso sentir-me só *em relação* a alguém ou a algum grupo) pode ser transmitido geneticamente? Não deve, no entanto, causar espanto ao leitor esse tipo “operação”, visto que, como vimos em capítulo anterior, esse é um dos papéis que cabe à racionalidade médica e ao trabalho em saúde sob as relações sociais capitalistas: além da reprodução da força de trabalho em seu aspecto infraestrutural (manter os corpos íntegros para o trabalho), a reprodução no plano superestrutural, ou seja, o processo de *normalização social* através do qual o social é subsumido ao biológico, procedendo-se à naturalização do mesmo. Essa sua função é que faz da medicina, não uma disciplina das ciências naturais como ela se reivindica, mas uma disciplina do social (LUZ, 1982; 2004a).

Portanto, entender as ciências e a tecnologia como “boas” ou “ruins”, “corretas” ou “incorretas”, não nos ajuda em apreendê-las como o que de fato são: necessárias para a realização do trabalho sob certas relações sociais. A questão central relaciona-se ao fato de que esse processo não se apresenta de maneira estática ou harmônica, pelo contrário, é movimento contínuo. Novas apresentações tecnológicas, novas “formas de trabalhar” surgem constantemente, em resposta às necessidades postas para o trabalho, e podem entrar em contradição com relações estabelecidas. Não somente no plano macro, mas também no plano das micro-realidades dos trabalhos concretos. Podemos ver atualmente como desdobramentos desse desenvolvimento tecnológico progressivo começam a conformar contradições com relações hegemônicas estabelecidas no

campo do trabalho em saúde. Um aspecto que chama a atenção, por exemplo, é o potencial de estimulador da autonomia dos sujeitos demandadores das práticas em saúde, que a tecnologia pode favorecer. Quando aspectos do *saber* acerca da saúde e da doença, que antes restringiam-se ao trabalhador, passam a ser objetivados, seja em equipamentos, seja em sistematizações de saber, cresce a possibilidade de sujeitos não trabalhadores da saúde apropriarem-se desses elementos, ainda que parcial e fragmentadamente (SCHRAIBER, 1993). Veja-se, por exemplo, o caso dos exames auto-explicativos, cujos laudos estão cada vez mais compreensíveis para os leigos. Ou equipamentos vários, como os glicosímetros, que contribuem para que os próprios diabéticos façam autonomamente o monitoramento de seu nível glicêmico, podendo eles próprios reajustarem doses de fármacos, ou seja, decidirem condutas terapêuticas, a depender dos dados analisados. Também é o caso do desenvolvimento da indústria farmacêutica, visto que as apresentações dos fármacos encontram-se cada vez mais padronizadas e com informações técnicas mais acessíveis aos usuários. Isso sem falarmos na disponibilidade de informações acerca das doenças, seus diagnósticos e terapêuticas, presentes em veículos de informação como a internet, a imprensa etc. Tudo isso, pensamos, pode contribuir para o estabelecimento de uma relação menos desigual e, conseqüentemente, menos autoritária entre trabalhadores da saúde e sujeitos demandadores dessas práticas. Uma conseqüência direta do processo de desenvolvimento da medicina sob a égide da racionalidade científica foi o progressivo distanciamento dos saberes e práticas acerca do corpo da maioria da população. Se, até o período feudal, fenômenos como nascimento, morte, doença, aconteciam no âmbito comunitário, com a institucionalização da medicina essas práticas começam a ficar restritas ao saber médico e cria-se um distanciamento cada vez maior entre as pessoas e o saber acerca de seu corpo. Esse saber passa a ser propriedade dos trabalhadores da saúde, principalmente o médico, criando uma relação de dependência e submissão do restante da população em relação a esses sujeitos que, assim, consolidaram posição de grande autoridade na sociedade. Essa condição, como vimos, alçou os médicos à condição de intelectuais orgânicos da classe dominante, assim como seus antepassados, os antigos *físicos* no período feudal. Estabelece-se uma relação entre

médico e os setores populares como constituintes de diferentes classes sociais. Pensamos que, em um outro nível do espiral, a questão da apropriação pelas pessoas do saber acerca de seus corpos volta a apresentar-se, em graus limitados, como possibilidade, ainda que distante. Exemplo disso é que, com o acesso maior a parcelas do *saber* acerca do corpo, aumenta a consciência da população sobre as possibilidades de erros por trabalhadores da saúde levando a uma maior fiscalização e controle público dessas práticas.

Outro elemento importante, consequência do movimento anterior, é que vemos surgir no atual período histórico em relação ao trabalho em saúde a constante referência à necessidade de desenvolvimento de novas formas de “vínculos” entre trabalhadores e usuários dos sistemas de saúde. São muitas, e de concepções diversas, as elaborações acerca dessa necessidade, mas, em geral, ressalta-se o fato de que a “tecnologização” cada vez maior do trabalho em saúde estaria sendo responsável por uma tendência a certa “impessoalidade” na relação entre trabalhadores e usuários. Expressões disso são as, cada vez mais freqüentes, experiências e elaborações acerca de novas tecnologias de relação entre trabalhadores e usuários (AYRES, 2004; CECÍLIO & PUCCINI, 2004; CAMPOS, 2005). Entre a população também é freqüente a referência a um tempo quando a relação entre trabalhadores da saúde, principalmente médicos, e usuários dos serviços era mais “humana”, “conversava-se mais” durante as consultas, etc. Pensamos que é preciso analisar essa questão em duas dimensões. A primeira refere-se ao processo, em parte já descrito por nós, por meio do qual as inovações tecnológicas, de diagnóstico e terapêutica, transformam a consulta clínica tradicional. Um exame como a mamografia, por exemplo, consegue demonstrar a existência de tumores de tamanho tão reduzido, a um grau que as mais habilidosas mãos nunca serão capazes de diagnosticar. Logo, o exame manual da mama passa, com o tempo a ser substituído pelo exame radiológico. Uma etapa da tradicional consulta clínica é abolida, ou melhor, substituída por outra, sob controle de outros trabalhadores parcelares. Assim também acontece com os recursos tecnológicos de caráter “discursivo” ou “relacional”, como a clássica anamnese, a entrevista clínica. Essa pode ser descrita como a mediação através da qual o trabalhador apreende seu

objeto – o corpo síntese de múltiplas determinações – e o adapta ao seu arsenal técnico, basicamente de caráter biológico. A consulta clínica, com a anamnese, constitui-se, portanto, no mecanismo através do qual o trabalhador “traduz” o corpo social para a sua racionalidade anátomo-fisiológica (SCHRAIBER, 1993). Como a doença, cada vez mais, é apreendida ao nível do órgão doente, toda aquela aproximação necessária do corpo integral mediada pela coleta de dados e representações do “paciente” torna-se supérflua. Os métodos guiam, cada vez mais rápido, para o locus exato de localização da lesão, ao nível do órgão e, das células. Os “pacientes” também são “educados” por essas novas relações e já procuram os serviços de saúde com as “queixas direcionadas” pelas novas apresentações tecnológicas.

Outra dimensão, a partir da qual se pode analisar esse processo de “desumanização” do trabalho em saúde refere-se ao fato de que as pessoas procuram os serviços de saúde como forma de atenuarem formas diversas de sofrimento. A racionalidade médica através da clínica, e também dos demais recursos tecnológicos, busca “traduzir” esse sofrimento em lesões orgânicas ao nível dos órgãos. O problema é que embora essa racionalidade tente insistentemente reduzir o objeto do trabalho em saúde ao corpo anatomofisiológico, as outras ordens de determinação insistem em se mostrar. A moderna vida urbana, por exemplo, coloca para as pessoas variadas necessidades, desde a procura da já comentada “sensação de pertencimento” até a busca de cura de lesões diretamente orgânicas. Ao se ouvir relatos de equipes de algum serviço de saúde não faltarão descrições de casos de várias pessoas que “não tem problema algum, mas estão todos os dias na unidade de saúde”. A lógica, muitas vezes, com a qual o trabalho em saúde recebe essas pessoas é a do fornecimento de produtos, ou seja, saúde significa acesso ao consumo individual de procedimentos-saúde. Muitas vezes o que se diagnostica como “irracionalidade” dos processos produtivos é, em realidade, o ápice dessa concepção. É o caso daqueles idosos que adentram um serviço hospitalar com a finalidade de realizar um exame laboratorial ou uma consulta clínica e acabam vinculados ao serviço pelo resto da vida. Na lógica da produção de procedimentos, uma consulta gera vários outros procedimentos

interligados, muitas vezes sem um planejamento previamente definido. Qualquer nova queixa demonstrada para o trabalhador parcelar significa a necessidade de encaminhamento para outro especialista e assim sucessivamente (CAMPOS, 1997). Como deve ser de conhecimento do leitor, o corpo orgânico é de uma riqueza e complexidade insuperáveis. Exemplo disso é que qualquer queixa, sensação, sofrimento, sem exceção, pode ser traduzida pela racionalidade médica na forma de alguma alteração anátomo-fisiológica. Quando não encontra em seu arsenal uma doença que possa representar alguma queixa nova, a medicina imediatamente “cria” novos adendos à sua nosologia. Tudo na tentativa incessante de captar o mundo e subsumi-lo, restringindo-o ao biológico. Mais uma vez faz-se necessário lembrar ao leitor de que não negamos a fantástica contribuição das ciências biológicas para o desenvolvimento de melhores técnicas para agir sobre o corpo. Estamos apenas enfatizando que essa contribuição não consegue e nunca conseguirá abranger a totalidade do objeto do trabalho em saúde. Outras ciências, do campo das ciências (humanas, sociais, econômicas etc.) têm contribuições importantes para aprimorar a compreensão acerca do sofrimento humano, a fim de melhor aliviá-lo. O problema é que a maneira como a racionalidade médica historicamente hegemonizou esse espaço excluiu a possibilidade dessas outras contribuições. Essa exclusão, sempre é importante lembrar, é expressão do condicionamento do trabalho em saúde pelas relações sociais capitalistas, naturalizantes do social. Pois bem, a questão é que o real, agora, mais do que nunca, insiste em adentrar os serviços de saúde e, como consequência, o processo de trabalho é tensionado a buscar soluções tecnológicas para as necessidades colocadas. Hoje, buscam-se, cada vez mais, subsídios em outras concepções teóricas que possam orientar novas formas de apreender o sofrimento, que são expressas tanto em elaborações teóricas quanto em experiências práticas. Essas formas referem-se a tecnologias como a do *acolhimento*, ou a diretrizes como a do *cuidado* e da *humanização* (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; LUZ, 2004b; AYRES, 2004; CECÍLIO; PUCINI, 2004; CAMPOS, 2005). Como dissemos, são muito diversas as várias concepções a respeito de cada conceito desses acima citados. Algumas têm caráter mais “racionalizador” do processo de trabalho (qualificação

infraestrutural ou técnica); outras possuem um caráter mais “sensibilizador” dos trabalhadores no seu apreender o sofrimento (qualificação mais superestrutural). Não detalharemos cada uma dessas propostas e elaborações. Queremos apenas destacar que, aqui nessas apresentações, também se constitui uma arena de disputas entre diferentes e, por vezes, antagônicas concepções. Por um lado, abre-se uma possibilidade, com a deterioração progressiva do vínculo pautado no autoritarismo/normativismo da racionalidade médica, de se construírem novas relações entre consumidores e produtores das práticas em saúde. Relações baseadas não mais na supremacia do proprietário individual do *saber* acerca do corpo, o que o torna, simbolicamente, proprietário do corpo do *outro*. Relações também não mais baseadas na dominação de alguns sujeitos sobre outros, expressando relações de representantes de classes antagônicas. Mas relações pautadas, na representação pelos trabalhadores dos seus objetos como também sujeitos investidos socialmente na busca de certo grau de autonomia nos seus “modos de andar a vida”. Representação que os levaria a acolher o portador do sofrimento, não com atitude piedosa que, em última instância, expressa o autoritarismo normatizador em relação ao submisso (o “paciente”), mas com atitude solidária que, potencialmente, significa a compreensão do sofrimento individual como expressão dos limites da relação da espécie com o mundo, representada nos seus “modos *sociais* de andar vida”.

Por outro lado, porém, esses conceitos – *acolhimento*, *humanização* – podem ser apreendidos e utilizados sob outra lógica, mais relacionada às necessidades postas pelas relações sociais para o trabalho em saúde nos tempos atuais. Como já vimos, as tarefas postas para o trabalho em saúde sob as relações sociais capitalistas envolve a reprodução da força de trabalho em sua dimensão infraestrutural (restaurar corpos para o trabalho) e superestrutural (consolidação de padrões sociais de normalidade). Como também pudemos constatar no capítulo primeiro, uma das características fundamentais do capitalismo, em relação à força de trabalho, é a constituição de uma *superpopulação relativa* crescente, como consequência da alteração da composição orgânica do capital, ou seja, em decorrência do avanço tecnológico e da substituição de trabalhadores por máquinas. Essa *superpopulação relativa* cumpre um papel

importante para o capital, pois se constitui em elemento influenciador do preço da força de trabalho, através do aumento da oferta da mesma disponível no mercado, promovendo a concorrência entre os trabalhadores e baixando o nível dos salários. Pois bem, uma consequência secundária²⁸ desse processo, para o capital, refere-se ao fato de que se consolida uma massa crescente de pessoas permanentemente excluídas do processo produtivo (desemprego estrutural), que passam a viver em condições cada vez mais desumanas e inspiradoras de tensões com a ordem social. Isso, segundo ALVES (2001), passa a colocar para o Estado capitalista, através da educação, de serviços de saúde, entre outros, uma tarefa de fundamental importância para a manutenção das relações sociais capitalistas, em sua fase imperialista: A necessidade de manter em “níveis aceitáveis” as tensões sociais e políticas advindas desse processo de miserabilização crescente desses setores da população. Essa digressão foi necessária para demonstrar ao leitor que várias propostas de “humanização” do atendimento à população por parte do estado, inclusive através dos serviços de saúde, podem, não explicitamente, ter inspiração nessa necessidade. O autor ressalta a constituição, nesse momento histórico, de cada vez maior número de políticas de caráter comunitário através dos serviços estatais, seja através da extensão das atividades sob responsabilidade da escola pública, seja através de práticas através das quais o estado adentra os interstícios dos bairros populares, como o Programa Saúde de Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Nesses casos, poderá se reapresentar, sob nova forma, a relação constituída por aspectos como autoritarismo, submissão e controle. Não é objetivo aqui desvalorizar essas experiências, nosso objetivo sempre é o de lembrar o caráter contraditório da ação estatal e do trabalho em saúde sob as relações sociais hegemônicas. Por isso, dissemos que aqui também se apresenta uma disputa entre duas concepções diferentes acerca das novas formas de relações que podem estabelecer trabalhadores e usuários dos sistemas de saúde. Estabelecer uma relação solidária em relação ao sofrimento, ao mesmo tempo problematizadora e estimuladora da autonomia dos sujeitos e grupos na construção

²⁸ É importante lembrar que a principal consequência para o capital dessa alteração de sua composição orgânica refere-se à tendência à diminuição progressiva da taxa de lucro.

permanente de novos “modos sociais de andar a vida” ou reproduzir relações históricas subordinadoras dos sujeitos e de suas iniciativas em mudar suas condições de saúde e existência. Eis as possibilidades postas para a superação da crise de “desumanização” do setor saúde.

Como podemos ver, ao utilizarmos a classificação que MERHY (1997) propõe para as tecnologias em saúde, não obstante nossas ressalvas já feitas em relação à classificação de normatizações como exemplos de tecnologia “dura”, constata-se evidências de transformações, em curso ou potenciais, em todas as formas tecnológicas elencadas pelo autor.

No caso das tecnologias duras, as grandes transformações referem-se a cada vez maior constituição de equipamentos sob a forma de máquinas que, ao apropriarem-se de determinadas etapas do processo produtivo, liberam o trabalhador para o papel de monitoramento e para assumir outras funções assistenciais. Ressalta-se, entretanto, a ausência de evidências de embriões de sistemas de máquinas no trabalho em saúde. Faz-se importante ainda, ressaltar que os equipamentos sob a forma de máquinas constituem-se em minoria no trabalho em saúde, sendo a maioria ainda constituída por instrumentos e ferramentas de trabalho também cada vez mais sofisticados e influenciadores das transformações ocorridas nos “modos de operar” o trabalho.

No caso das tecnologias “leve-duras”, entre as quais se incluem as disciplinas direcionadoras do processo de trabalho, como a clínica, a epidemiologia, a psicanálise etc., também podem-se evidenciar importantes transformações em curso. Entre elas destacam-se dois movimentos interligados. Por um lado, a transformação pela qual passa a clínica, sendo superada em sua forma clássica dando lugar a uma clínica permeada pela fragmentação/especialização do trabalho e pela incorporação tecnológica crescente. Por outro lado, com a diminuição da hegemonia da clínica em direcionar o processo produtivo em sua totalidade surgem “poros” por meio dos quais outras tecnologias buscam consolidar-se. É o caso, a nosso ver, do ressurgimento pelo qual passa a *epidemiologia* como ciência/tecnologia orientadora de formas de se organizar o trabalho em saúde. Um exemplo é a consolidação de crescentes experiências de normatizações e rotinas de trabalho, como as *Ações Programáticas em*

Saúde, por meio das quais a *epidemiologia* procura contribuir para tornar a assistência à saúde um processo mais comprometido com a alteração de condições de saúde em dimensão coletiva, além da individual.

Por último, podemos evidenciar as transformações em curso naquele campo que o autor caracteriza como de tecnologias “leves”. Aqui, surgem como necessidades postas para o trabalho em saúde a criação, ou recriação, de novas formas de relação entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. As recentes experiências e elaborações, e também a ausência delas, a respeito dessas tecnologias demonstram que também aqui existe uma disputa pelos rumos que essas novas tecnologias podem constituir-se. Também estão postos movimentos de contestação às formas tradicionais de gestão dos processos produtivos em saúde, abrindo-se espaço para a expressão de elaborações e experiências de caráter autogestionário.

Portanto, a tecnologia em saúde, como é própria da sua historicidade, encontra-se em constante transformação, algumas vezes acompanhando tendências gerais do trabalho sob o modo capitalista de produção de maneira evidente e, outras vezes, expressando processos peculiares de adaptação a essas tendências nem sempre evidentes. De qualquer maneira, esse processo sempre se apresenta de maneira contraditória, “tensa”, expressando as múltiplas possibilidades do processo de trabalho em resolver as questões práticas colocadas pelas necessidades sociais. Pretendemos nessa análise evidenciar como alguns autores apreendem, cada um à sua forma, elementos desse processo e defendemos a idéia segundo a qual eles fazem parte de um mesmo movimento, qual seja, o constante “adaptar” do trabalho em saúde as questões colocadas no plano social mais amplo. Apreender esse movimento como histórico significa compreender esse momento do trabalho em saúde como um *estar sendo*, que pode denunciar um *dever ser*, mas jamais um *será*. Como compreendemos o processo de transformação do processo de trabalho como expressão da *práxis*, a unidade dialética teoria-prática, entendemos essa transformação como expressão da necessidade do homem em resolver problemas práticos colocados em seu viver. Essas possibilidades de resolução tendem a se apresentar, nos diferentes períodos históricos, como uma gama de “possíveis caminhos a seguir”. Se a opção, muitas vezes, é

definida a priori a partir do instituído, outras vezes experimenta-se uma série de opções até evidenciar-se a que melhor responde às necessidades práticas do trabalho. Pode-se mesmo dizer que há um grande componente do mecanismo tentativa-erro-tentativa-acerto nos “novos caminhos” cotidianamente trilhados pelo trabalho humano. Portanto, para nós, todas essas “possibilidades” ou “embriões” de mudanças no trabalho em saúde que analisamos nessas páginas devem ser tomados nessa perspectiva: de tentativas do processo de trabalho de resolver questões postas pelo próprio trabalho em saúde em sua articulação com as relações sociais. Algumas poderão se mostrar “eficientes” e serão incorporadas ao processo de trabalho, outras não terão tanto sucesso e sucumbirão. Outras, embora respondam às necessidades práticas colocadas pelo mundo do trabalho, entrarão em choque com relações sociais em um plano mais amplo, impossibilitando sua implementação e universalização. Esse é um típico exemplo de momentos na história em que as relações sociais de produção instituídas podem conter o desenvolvimento das novas forças produtivas do trabalho em ascensão. A máquina de tecer fitas, por exemplo, o chamado moinho de fitas, que foi a precursora das máquinas de fiar e de tecer e, portanto, da Revolução Industrial do século XVIII, foi inventada aproximadamente em 1580 na Alemanha, porém, as resistências dos tecelões e das expressões políticas herdadas do antigo regime barraram seu uso até 1765 (MARX, 2001). Quem pode dizer se esse não é o mesmo caso das experiências de *autogestão* na saúde, que questionam toda a forma burocrática e autoritária com que o capitalismo gerencia sua produção, seja no setor público ou privado? Ou o caso das organizações do processo de trabalho direcionadas pela *epidemiologia*, que tencionam a lógica do capital de produção de procedimentos para o mercado anárquico? Muito possivelmente essas experiências, ou sucumbirão, ou terão alguns de seus elementos incorporados, enquanto outros serão abortados do processo produtivo. Por isso, não se deve ignorar a hipótese (a mais provável, em nossa opinião) de constituírem-se processos de trabalho híbridos, que já apresentam aspectos do *novo* entre o *velho* ainda predominante. A resolução das contradições, sempre é importante lembrar, pode se dar através de uma síntese que nega alguns aspectos e incorpora outros à nova forma. Algumas contradições persistirão de

maneira “tensa” e somente serão resolvidas mais adiante quando se apresentar, de maneira inadiável, a necessidade de outro salto qualitativo. Essa digressão dialética faz-se necessária a fim de, por um lado, relativizar o papel que podem cumprir os atores concretos nesses processos de mudanças; e, por outro lado, enfatizar o quanto esse papel é importante. Expliquemos-nos melhor. É preciso relativizar porque há mudanças que, sabemos, somente podem universalizar-se sob outras relações sociais entre os homens. Mudanças que dependem de toda uma reconfiguração da forma de sociabilidade estabelecida. Por outro lado, experimentar é fundamental porque aponta perspectivas, *pari “embriões”* cujo desenvolvimento futuro poderá consolidar e universalizar. Caso o moinho de fitas não tivesse sido objeto de tentativas de implementação e aperfeiçoamentos a partir de 1580 provavelmente não tivesse seu uso consolidado quase dois séculos depois. Importa, portanto, perceber o *novo* enquanto está embrionário a fim de tentar apreender o seu *dever*. Esses dois movimentos (relativizar e estimular o papel dos atores concretos) são importantes para, por um lado, não incorrer em supervalorização de fatores “subjetivos”, “focais” etc., e, por outro lado, para não se prender a uma leitura “mecanicista” acerca do real, ignorando seu movimento e suas contradições.

Assim como a tecnologia, a constituição do trabalhador coletivo em saúde também acompanha esse movimento contraditório. Por um lado, aprofundando cada vez mais a especialização e a fragmentação do trabalho, a divisão entre trabalho manual e intelectual e, por outro, ensejando contradições advindas desse movimento, que precisam ser resolvidas pelo processo produtivo. As experiências citadas de “embriões” de “desespecialização”, por exemplo, podem ser tentativas de resolução dessas contradições, cuja “eficiência” a história julgará. A relação entre tecnologia e trabalhador coletivo, ou entre meios e agentes de trabalho, também se apresenta permeada por inúmeras contradições. A tecnologia, por exemplo, ao mesmo tempo em que contribui para a fragmentação e especialização do trabalho, pode representar meio de unidade do processo de trabalho, recompositora das múltiplas parcelas, e propiciadora do vínculo mediado entre agente e objeto.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualificação do trabalho em saúde é, portanto, processo histórico de adequação entre esses constituintes do trabalho – trabalhador, meios e objeto – e a correspondência dessa conformação com as finalidades socialmente instituídas para o trabalho em saúde. Estar qualificado para o trabalho em saúde, significa, em última instância, corresponder às expectativas postas para o processo produtivo pelas relações sociais de produção, sejam expectativas no plano da técnica, sejam no plano da subjetividade. É sempre importante lembrar que o processo de qualificação para o trabalho, ao contrário do que costumamos pensar, não se restringe aos aparelhos formais de treinamento, como escolas técnicas e universidades. A dimensão *superestrutural* da qualificação, que se refere à internalização de normas, valores e relações sociais que, por sua vez, expressar-se-ão em padrões de comportamento e disciplinamento em relação ao mundo da produção, é adquirida a partir dos mais diversos mecanismos presentes na sociedade. Desde relações familiares até a escola, passando pelas formas institucionais e não institucionais de convívio social, todas essas esferas tendem a reproduzir, com suas diversas particularidades, os padrões sociais de comportamento necessários a uma adaptação ao mundo do trabalho. Inclusive os próprios serviços de saúde são parte desse processo, pois, ao reproduzirem os padrões de normalidade aceitos socialmente e as representações sociais acerca do corpo, do normal e do patológico, ajudam a conformar padrões de comportamento que influenciarão a adaptação dos sujeitos ao mundo do trabalho, aí incluído o trabalho em saúde.

A dimensão *infraestrutural* da qualificação para o trabalho, por sua vez, que se refere ao treinamento técnico (manual e intelectual) para o exercício de determinadas atividades, tende a realizar-se em dois espaços: Nos aparelhos formadores, como escolas técnicas e universidades, e no próprio processo produtivo. Os primeiros tendem a centrar-se na dimensão teórica, no ensino das técnicas e saberes necessários à realização das práticas. Os segundos correspondem ao lugar da *práxis*, onde agente do trabalho e processo prático de produção encontram-se mediados pela teoria adquirida.

Aqui acontecerá o processo prático de qualificação, onde o trabalhador deparar-se-á com problemas práticos do mundo da produção e terá de enfrentá-los, seja recorrendo a saberes adquiridos externamente, seja recorrendo e (re)inventando conhecimentos práticos próprios desse espaço.

No caso do trabalho em saúde, temos visto que o processo de qualificação técnica ao realizar o movimento, típico do trabalho sob o capitalismo, de subordinação do trabalho aos preceitos das ciências modernas e de definição de espaços institucionais para difusão desses conhecimentos vinculou a qualificação técnica às escolas formadoras (universitárias e técnicas). Esse foi um processo fundamental para dar legitimidade social a essas práticas ao mesmo tempo em que deslegitimava as demais práticas que não se subordinaram à racionalidade médica positivista, como aquelas oriundas de saberes populares ou exercidas por “práticos” advindos de períodos históricos anteriores. Porém, uma particularidade do trabalho em saúde, em relação a outras apresentações de trabalho “mais intelectual”, refere-se à estreita vinculação das instituições formadoras com os espaços produtivos. SCHRAIBER (1989) ao analisar a educação médica, e pensamos que podemos extrapolar para os demais trabalhos em saúde, ressalta a importância que teve a consolidação do hospital nesse processo. A partir disso, o processo de qualificação técnica do trabalhador em saúde passou a constituir-se do que a autora denominou como *momento-escola* e *momento-hospital*, referindo-se à formação mais teórica, nas escolas de saúde, e aos momentos mais práticos nos serviços de saúde. Não obstante as modificações a que esse processo tem sido submetido, pensamos que, em essência, a qualificação dos trabalhadores da saúde continua seguindo esse método geral. As particularidades referem-se principalmente aos diferentes conteúdos que cabem a um ou outro trabalhador parcelar, particularidades que se expressam também nos tempos requeridos e na divisão prioritária entre um ou outro dos *momentos-formação*. Os trabalhadores mais intelectuais (de cursos superiores), por exemplo, são submetidos a um processo mais longo de formação teórica, enquanto que os de nível técnico têm sua formação direcionada para a educação profissional, ou seja, maior dedicação aos treinamentos em serviços.

O movimento de qualificação técnica tenderá a acompanhar, com maior ou menor correspondência temporal, as transformações ocorridas ao nível do processo de trabalho em saúde. Portanto, todos os aspectos por nós analisados ao longo dessa dissertação – constituição do trabalho coletivizado e parcelarizado; especialização do trabalhador; impacto das diversas apresentações tecnológicas, entre outros – assim como suas contradições, irão impactar os processos educativos em saúde. Geralmente, as transformações ocorridas no processo de trabalho, e suas contradições, não apresentam reflexo imediato nos conteúdos e métodos utilizados nos aparelhos formadores. Costuma haver uma distância entre esses dois mundos (acadêmico e do trabalho), porém, quando as transformações consolidam-se e universalizam-se, a academia é obrigada a acompanhá-las. Inclusive, pensamos que grande parte das novas elaborações acadêmicas acerca das mudanças do trabalho em saúde reflete uma apreensão dessas transformações em curso, ainda que em germe.

Um exemplo atual dessa interseção entre academia e trabalho parece ser a atual “exaltação” da “pedagogia das competências” nas atuais propostas de reformas curriculares, principalmente de cursos técnicos, mas também de cursos superiores. Como vimos, a idéia de *competências* surge na década de 70, muito vinculada à aquisição de habilidades técnicas parcelares, e, com o advento de formas produtivas mediadas pela microeletrônica, passa a ganhar uma dimensão de habilidades cognitivas de articulação de tecnologias e conhecimentos teóricos e práticos, além de enfatizar características mais comportamentais/disciplinares de adesão aos projetos instituídos no trabalho.

Não é nossa intenção, como já dissemos antes, adentrar o mundo das polêmicas acerca das inúmeras propostas que cotidianamente apresentam-se em relação aos currículos da área de saúde. Não obstante, pensamos ser oportuno tecer alguns comentários acerca dessa proposta específica, visto que tem se tornado quase uma “unanimidade” quando o assunto é educação e trabalho.

Um primeiro aspecto que queremos ressaltar é a pluralidade de concepções acerca do que seria a chamada qualificação baseada em competências. Apresentam-se, desde concepções mais voltadas ao treinamento de habilidades técnicas parcelares, que

são em menor número e parecem estar perdendo espaço, até concepções que praticamente colocam a competência como sinônimo moderno de qualificação para o trabalho, com toda a complexidade que a totalidade concernente a essa categoria constitui. Uma primeira ressalva que pensamos ser importante fazer é que, assim como KUENZER (2002b), compreendemos a categoria competência como advinda e inerente ao processo de trabalho. Independente da idéia, dita taylorista-fordista, de competência como treinamento de habilidades parcelares, ou de competência baseada na articulação de tecnologias e saberes da “especialização flexível”, tratam-se efetivamente de técnicas e “modos de operar” adquiridos nos processos de trabalho concretos. Referem-se ao exercício prático no trabalho. As conseqüências de trazer essa categoria do trabalho para a educação, no caso da área de saúde, tem sido a formulação de diretrizes, como essa, que defendem que

A orientação dos currículos por competência, na área da saúde, implica a inserção dos estudantes, desde o início do curso, em cenários da prática profissional com a realização de atividades educacionais que promovam o desenvolvimento dos desempenhos (capacidades em ação), segundo contexto e critérios. Nesse sentido, cabe ressaltar como aspectos de progressão do estudante o desenvolvimento crescente de autonomia e domínio em relação às áreas de competência. Essa inserção pressupõe uma estreita parceria entre a academia e os serviços de saúde, uma vez que é pela reflexão e teorização a partir de situações da prática que se estabelece o processo de ensino-aprendizagem (LIMA, 2005: 376).

Esse aspecto, no caso do trabalho em saúde, pode ser uma alternativa de método para a organização dos treinamentos nos *momentos-serviços* da qualificação, porém, o processo de qualificação, principalmente do trabalho em saúde, não é constituído somente por essa dimensão da qualificação. Exige-se, para o exercício das práticas em saúde, a apreensão dos conhecimentos científicos produzidos pela humanidade ao longo de sua história e sistematizados no corpo das ciências que ajudam a compreender e intervir sobre o objeto do trabalho em saúde. Conhecimento acerca do corpo, dos padrões de normalização, simultaneamente biológica e social, definições acerca do patológico e suas nuances etc. Se a categoria competência refere-se à articulação de saberes e tecnologias, é preciso, antes, dominar esses saberes e tecnologias a fim de articulá-los. Se no caso da produção industrial de “bens materiais”

a tecnologia está consubstancializada em máquinas, no caso da produção da assistência à saúde a tecnologia, como vimos, encontra-se hegemonicamente consubstancializada em saberes científicos, que precisam ser apreendidos, sendo que o espaço prioritário para isso não é o do trabalho, mas o da escola.

Entretanto, é preciso buscar as raízes que fazem com que a categoria *competência* ganhe tantos adeptos no meio acadêmico da saúde. E aí, pensamos que a parcelarização do trabalho, cada vez em estado mais avançado no trabalho em saúde, contribuindo para a distinção entre trabalhadores intelectuais e manuais, pode ser identificada como o substrato material da pedagogia das competências. Os trabalhadores ditos de “nível técnico” tendem a restringir suas práticas a tarefas manuais, supervisionadas pelos de “nível superior”. Se a lógica é formar trabalhadores manuais parcelares, com saberes muito restritos, subordinados a trabalhadores “mais nucleares”, um método que se proponha a centrar na formação prática em habilidades parcelares pareceria representar uma alternativa adequada²⁹. Porém, vimos como a questão da interconexão das práticas parcelares é hoje, mais do que nunca, um problema posto para o trabalho coletivo em saúde. Trabalho que não possui a maquinaria como elemento unificador e tem de recorrer à riqueza e complexidade do trabalhador coletivo e seus saberes como catalisadores dessa unificação. Pois bem essa unificação somente pode dar-se caso os trabalhadores possuam pontos de interface, sejam campos de domínio comum, sejam saberes/tecnologias-mestras direcionadoras do processo de trabalho. Por exemplo, o exercício da gestão coletiva, como vimos, pode ser um instrumento que ajude os trabalhadores parcelares a conhecerem, mesmo de forma abstrata, o processo de trabalho em sua totalidade, facilitando, assim, a integração entre as práticas parcelares. Ou as normatizações com base em um saber comum, a *epidemiologia*, por exemplo, pode constituir-se nesse fio condutor. Mas para que isso seja possível é necessário que cada trabalhador possua um arsenal de saberes que extrapole seu campo de práticas parcelares. Articular saberes envolve o domínio

²⁹ Um demonstrativo disso é que o espaço onde a pedagogia das competências mais tem se consolidado é o da educação profissional. Veja-se, por exemplo, o caso das propostas para o PROFAE – projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem, expostos na revista *Formação*, do Ministério da Saúde, mormente os números 2 e 5 (ver referências bibliográficas).

dos mesmos, ainda que em níveis diferenciados. Isso exigiria, por exemplo, que os trabalhadores de nível técnico possuísem uma formação que privilegiasse o domínio de alguns campos de saberes centrais para a articulação do trabalhador coletivo, para além das habilidades manuais parcelares. Noções de epidemiologia, de gestão no trabalho, de determinações sociais sobre os conceitos de corpo, normal, patológico. Isso não são habilidades a serem adquiridas como competências no processo de trabalho, mas conhecimentos que somente podem ser adquiridos a partir do aprofundamento no mundo das ciências. E o espaço para essa abordagem não é aquele do mundo do trabalho, do treinamento em serviços de saúde, é o espaço da escola, da academia.

Mas não são somente as profissões de “nível técnico” que sofrem o assédio da pedagogia das competências. O processo de parcelarização também atinge o trabalho mais intelectual, como vimos, sendo a especialização médica um exemplo emblemático. Pois bem, já começam a surgir experiências de reforma curricular para essas profissões, também baseadas, em diferentes graus, na teoria das competências. No caso do curso de medicina isso se expressa, ainda que não explicitamente, na proposta do PBL (Problem based learning) que foi implantada em algumas faculdades do país e que tem como diretriz a utilização de “problemas práticos” como pontos de partida para a reflexão teórica dos alunos e para a articulação das diversas disciplinas (BERBEL, 1998). A idéia geral dessas propostas é direcionar os estudos para os problemas mais práticos do trabalho, hipertrofiando a parte do curso relativa a essas atividades em detrimento de carga “mais teórica”, como forma de estimular mais os alunos a se interessarem pelos conteúdos. Como os médicos deixam progressivamente de se constituírem como profissionais centralizadores do processo de trabalho em saúde em sua totalidade, restam às propostas curriculares reduzirem a carga de formação voltada para as ciências básicas, aquelas que propiciam uma apreensão menos prática e mais científica (mais ampla) acerca do corpo. Em compensação, cabe direcionar o processo de formação para atividades mais práticas, resolutivas de problemas concretos, porque se entende que

Na abordagem dialógica de competência, a construção de significado pressupõe a transferência da aprendizagem baseada nos conteúdos para uma aprendizagem baseada na integração teoria-prática. É na reflexão e na teorização a partir das ações da prática profissional, preferencialmente realizadas em situações reais do trabalho, que estudantes e docentes constroem e desenvolvem capacidades (LIMA, 2005: 374).

Não estamos aqui questionando a importância de se aprender a resolver os problemas práticos no processo de trabalho. Em última instância, é esse o fim último do trabalho: resolver os problemas práticos postos para a vida dos homens. Trata-se aqui de demonstrar como para resolver os problemas está sendo necessário um aporte progressivamente menor de saberes científicos adquiridos, enquanto aumenta a necessidade de treinamento prático em áreas parcelares. Decresce a necessidade do *saber* acerca do trabalho enquanto predomina a formação voltada para o *fazer*. Não configura novidade a medicina ser apreendida como atividade essencialmente prática, terapêutica. Como vimos, o caráter relativamente contemplativo dos antigos *físicos* em relação à doença foi completamente abolido do trabalho médico moderno, guiado pela racionalidade positivista. Esse foi um processo pelo qual passaram as ciências de uma maneira geral, ou seja, as relações sociais capitalistas colocam como critério de legitimidade para o *saber*, sua interferência sobre as demandas práticas colocadas pela produção. Foi preciso que as ciências perdessem seu caráter “contemplativo” e adquirissem uma dimensão “produtiva” para o capital. As ciências vinculadas à saúde e à doença também percorreram esse caminho, liberando as forças produtivas para darem saltos fantásticos na capacidade de apreensão da organicidade humana. Logo, as práticas em saúde a partir do século XX passaram a ser guiadas pelos preceitos científicos acerca do corpo anatomofisiológico, fazendo com que os saberes outros (como, por exemplo, o conteúdo “mais humanístico” presente na medicina até o renascimento) fossem progressivamente secundarizados nesse processo. A parcelarização, por sua vez, não aboliu a indissociabilidade entre *saber* e *fazer* nas práticas em saúde, embora a tenha restringido a campos parcelares. Um odontólogo, embora domine um campo parcelar do trabalho em saúde, domina o conhecimento científico acerca das patologias bucais como pressuposto para exercício das práticas tecnológicas que opera cotidianamente. Se no trabalho industrial a ciência está na

maquinaria, no trabalho em saúde ela continua no trabalhador, individual (parcial) e coletivo (integral). Os exaltadores da pedagogia das competências não negam essa articulação teoria-prática, pelo contrário, enfatizam-na. A questão é que, a nosso ver, incorrem em um equívoco ao confundirem processo de transmissão com processo de construção do conhecimento. Um autor, por nós muito utilizado nessa dissertação, nos ajudará uma última vez.

É mister, sem dúvida distinguir, formalmente, o método de exposição do método de pesquisa. A investigação tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e de perquirir a conexão íntima que há entre elas. Só depois de concluído esse trabalho é que se pode descrever, adequadamente, o movimento real. Se isto se consegue, ficará espelhada, no plano ideal, a vida da realidade pesquisada, o que pode dar a impressão de uma construção *a priori* (MARX, 2001: 28).

Essa citação do autor é fundamental para diferenciar construção e transmissão do conhecimento. No primeiro caso, da investigação do real que leva à construção do conhecimento, parte-se da matéria, ou seja, da ação prática sobre o mundo, dissecando-o em seus pormenores e descobrindo seus processos e interconexões. Já na exposição, ou transmissão do processo conhecido, parte-se do pólo contrário. É a partir das categorias teóricas elaboradas acerca do real que se lhe explica seu processo de desenvolvimento. Portanto, é da teoria que se parte no processo de educação escolar. Portanto-a é que se torna possível intervir sobre o mundo de forma a transformá-lo e, concomitantemente construir novos saberes, constituindo o movimento ininterrupto da *práxis*. O processo de formação técnica para o trabalho é, fundamentalmente, processo de transmissão de conhecimento já produzido. Quando a autora nos diz que “Na abordagem dialógica de competências, a construção de significados pressupõe a transferência da aprendizagem baseada nos *conteúdos* para uma aprendizagem baseada na *interação teoria-prática*.”(LIMA, 2005: 374. Grifos nossos) esquece-se que “os conteúdos” já se referem a sistematizações anteriores da relação teoria-prática. E que para participar da interação “teoria-prática” é preciso dominar a teoria, e não se domina a teoria no espaço dessa interação, pois esse espaço é o trabalho. O local para se acessar a teoria é, principalmente, o espaço da escola. A cada movimento que os aparelhos formadores fazem no sentido de abrirem mão desse papel, sob o pretexto de

“melhor integrarem-se ao mundo do trabalho”, a nosso ver, mais contribuem para o afastamento da possibilidade de acesso aos conhecimentos científicos pelo conjunto dos trabalhadores. Se no caso da produção dominada pela maquinaria isso não afeta o processo de trabalho, receamos que no caso do trabalho em saúde não se possa dizer o mesmo.

Bem, mas esse processo, sempre bom lembrar, somente encontra eco porque corresponde a necessidades postas pelas relações sociais de produção hegemônicas. Vimos como é tendência inerente ao modo de produção capitalista, o processo progressivo de expropriação do *saber* acerca do trabalho do conjunto dos trabalhadores a fim de estabelecer pleno controle sobre o processo produtivo. No entanto, também vimos como, no caso do trabalho em saúde, esse processo cria contradições que ameaçam a efetividade do processo de “produzir assistência à saúde”. As experiências que se propõem a solucionar algumas dessas contradições apresentam-se, tanto do ponto de vista do capital, quanto do ponto de vista de projetos mais comprometidos com ideais emancipadores. Pensamos, portanto, que os conhecimentos construídos no trabalho, a partir da relação teoria-prática, sua maioria na forma de saberes tácitos, devem ser objeto dos diferentes processos particulares de trabalho; não sendo função dos centros formadores o de propiciá-lo, embora, no caso da qualificação técnica do trabalho em saúde, esse processo inicie-se já nos espaços de interação escola-serviço. Logo, a nosso ver, deve caber aos aparelhos formadores centrarem sua ação naquilo que o trabalhador dificilmente encontrará nos processos de trabalho: a socialização da ciência produzida historicamente pela humanidade em cada campo particular do trabalho.

Tentou-se nessa dissertação demonstrar a existência de um movimento. Essa nem sempre é tarefa simples, pelo contrário, geralmente a dificuldade é de dupla origem: primeiro, conseguir apreender o movimento e, depois, conseguir demonstrá-lo. Demonstrá-lo significa dissecá-lo em seus múltiplos aspectos buscando a inter-relação entre eles, elementos nem sempre de fácil acesso. Como dissemos no início,

somos adeptos de um método, método que, ao mesmo tempo em que tenta se afirmar, vive em constante disputa com outros métodos advindos de diferentes concepções acerca da realidade. Fazer essa disputa, entretanto, entre quais são as teorias mais fidedignas em interpretar como a realidade existe, conserva-se, transforma-se, etc., não é motivo de angústia. Esse processo, ao contrário, torna-se fonte permanente de prazer e realização, sentimentos esses advindos da possibilidade que se vislumbra, ao proceder tais incursões, de poder contribuir, na dimensão daquela gota de oceano, para a compreensão e intervenção sobre nosso objeto. Mormente quando o objeto que se apresenta para nós é algo de uma complexidade e importância tão grande para a humanidade quanto a que possui o trabalho em saúde. Portanto, o processo de disputa com outros métodos acerca da melhor interpretação e, conseqüentemente, da melhor intervenção sobre o real é inerente ao processo do conhecimento e nos causa gratificação. Não obstante, a disputa mais desgastante é a que se tem de fazer com outras compreensões típicas do período histórico que vivemos que negam a existência de métodos capazes de apreender o real em sua complexidade. Coerentemente com um período em que se afirma o “fim da história”, a superação de teorias que se proponham apreendedoras de totalidades, o surgimento de tantos “pós”, surgem diversas concepções que negam a existência de determinações maiores dos processos sociais. A realidade passa a ser, para essas teorias, por demais fragmentada, não somente constituída por múltiplas determinações como destituída de hierarquia entre elas, sem nexos apreensíveis e sem leis a serem compreendidas. O real passa a tornar-se algo incognoscível, incapaz de apreensão, sem leis em seu desenvolvimento. As produções teóricas passam a centrar-se em experiências “do cotidiano”, categoria muito valorizada nesses tempos. Mas não como expressão *singular*, que após o conhecimento das leis do *universal* poderão propiciar a apreensão da complexidade inerente ao seu caráter *particular*. O cotidiano, o singular, passa a representar o único ponto passível de apreensão para essas concepções, quase como se criassem uma interdição no processo de passagem do *concreto sensorial* para o *concreto pensado*. Por isso, optamos por uma investigação que não tivesse como objeto, novos “relatos

do cotidiano”, mas que se aproveitasse de relatos já realizados como forma de tentar apreender suas determinações, suas leis.

Tentamos mostrar como qualificar-se para o trabalho significa tornar-se apto para execução de práticas determinadas por necessidades históricas dos homens, sob certos “modos de existir”, certos modos de organizar a vida social. “Modos” que ao serem constituídos constituem os homens que, por sua vez, os (re)constituem. Tentamos mostrar também como esse processo não se apresenta linear e harmonicamente, mas, pelo contrário, apresenta-se em movimento permanentemente contraditório. Criando “tensões”, ao mesmo tempo em que reproduz o instituído.

A qualificação do trabalho em saúde apresenta-se, assim, como esse *estando* “tenso”, contraditório, porém seguindo algumas tendências que nos ajudam a apreender aspectos de seu *dever*. Cabe optar quais tendências são importantes de serem impulsionadas, mesmo que sua efetivação não esteja posta nos padrões de temporalidade que nosso apego ao ser individual nos limita a vislumbrar, em razão da incompreensão do gênero humano como histórico. Em meio a essa limitação, as palavras de BRECHT (2000: 294) podem proporcionar um alento:

As novas eras não começam de uma vez
Meu avô já vivia no novo tempo
Meu neto viverá talvez ainda no velho.
A nova carne é comida com os velhos garfos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTHUSSER, L. **Aparelhos ideológicos de estado**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- ALVES, G. L. **A produção da escola pública contemporânea**. Campo Grande-MS: Autores Associados, 2001.
- AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. In **Interface – comunicação, saúde, educação**, v.8, n. 15, p. 375-380, mar/ago., 2004.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.
- ARISTÓTELES. **A política**. São Paulo: Ediouro. Coleção Universidade de bolso, 1980.
- AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Campinas, 1975 (Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas).
- AYRES, J.R.C.M. **Epidemiologia e emancipação**. 2. ed. São Paulo - Rio de Janeiro; Hucitec-Abrasco, 2002.
- _____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003- fev. 2004.
- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? In: **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, n.2, p. 139-154, fev., 1998.
- BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1978.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 3 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.
- BRAGA, D. **Acidentes de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do centro de pesquisas hospital Evandro Chagas**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Dissertação de Mestrado, 2000.
- BRAGA, J. C. S; SILVA, P. L. B. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis. In: NEGRI, B; GIOVANNI, G. (orgs) **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas, SP: Unicamp. Instituto de economia, 2001.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos editora, 1987.

BRECHT, B. **Poemas 1913-1956**. São Paulo: Editora 34, 2000.

CAMPOS, G. W. S. Subordinação da saúde pública à dinâmica da acumulação capitalista: ou, breve história do “ocaso” da saúde pública. In: MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública**: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo. 2. ed. Campinas, SP: Papirus, 1987.

_____. **Reforma da Reforma**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? In: **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar/ago. 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento, 1993.

CARVALHO, C. L. **Dentistas práticos no Brasil**: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. Tese de Doutorado, 2003.

CECÍLIO, L. C. O; PUCCINI, P. T. A humanização dos serviços e o direito à saúde. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5), p. 1342-1353, set/out., 2004.

COGGIOLA, O. Crise, novas tecnologias e classe operária. In: KATZ, C; COGGIOLA, O. **Neoliberalismo ou crise do capital?** São Paulo: Xamã, 1996.

CORIAT, B. **Pensar pelo avesso**. Rio de Janeiro: Revan, 1994.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Gral, 1979.

DALMASO, A. S. W. Análise de transformações da técnica em medicina: reflexões sobre uma proposta metodológica. In: **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 6, p. 49-60, fev., 2000.

DE MASI, D. **A sociedade pós-industrial**. 3. ed. São Paulo: Senac, 2000.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M. C. F; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade e do estado**. 4 ed. Lisboa: Editorial Presença, s/d.

ENZENSBERGER, H. M. **O naufrágio do titanic**: uma comédia. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

FERRETTI, C. **Formação profissional e reforma de ensino técnico no Brasil**: anos 90. [S.I.: s.n], 1997.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FRANCO, T. B; BUENO, W. S; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. In: **Cadernos de Saúde Pública**, n. 2, v. 15, p. 345-353, abr., 1999.

FRIGOTTO, G. **Educação e crise do capitalismo real**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

GERMER, C. M. A relação abstrato/concreto no método da economia política. In: CORAZZA, G. **Métodos da ciência econômica**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2003.

GORZ, A. **Adeus ao proletariado**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

GOUNET, T. **Fordismo e toyotismo**: na civilização do automóvel. São Paulo: Editorial, 1999.

GRAMSCI, A. **A concepção dialética da história**. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

_____. Princípio educativo. In: **Cadernos do Cárcere**. v. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

GULLAR, F. **Dentro da noite veloz**: poesia. 3. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998.

HARDT, M; NEGRI, A. **Império**. Rio de Janeiro: Editora Record, 2001.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 2004.

HEGEL, G. W. F. **Introdução à história da filosofia**. São Paulo: Hemus, 1983.

HIRATA, H. Da polarização das qualificações ao modelo da competência. In: FERRETI, C. (Org). **Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 1994.

KATZ, C. Evolução e revolução na tecnologia. In: KATZ, C; COGGIOLA, O. **Neoliberalismo ou Crise do Capital?** São Paulo: Xamã, 1996.

KLEIN, L. R. Trabalho, educação e linguagem. In: **Educar em Revista**, Curitiba, v. 1, n. edição especial, p. 15-42, 2003.

KUENZER, A. Z. **Pedagogia da fábrica: as relações de produção e a educação do trabalhador**. São Paulo: Cortez, 1985.

_____. Exclusão includente e inclusão excludente: a nova forma de dualidade estrutural que objetiva as novas relações entre educação e trabalho. In SAVIANI, D; SANFELICE, J. L. (Org). **Capitalismo, trabalho e educação**. Campinas: Autores Associados, 2002a.

_____. Conhecimento e competências no Trabalho e na Escola. In: **Boletim Técnico do Senac**, Rio de Janeiro, n. 2, v. 28, mai/ago, 2002b.

_____. As relações entre conhecimento tácito e conhecimento científico a partir da base microeletrônica: primeiras aproximações. **Educar em Revista**, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 13-33, 2003.

LAZZARATO, M.; NEGRI, A. **Trabalho imaterial**; formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

LEFEBVRE, H. **Lógica formal, lógica dialética**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

LEMINSKI, P. **Melhores poemas**. 6. ed. São Paulo: Global, 2002.

LENINE, V. I. O Imperialismo, fase superior do capitalismo. In: LENINE, V. I. **Obras escolhidas** em VI tomos. Lisboa: Progresso-Moscovo: Avante, 1984. Tomo I.

LESSA, S. **Trabalho imaterial, classe expandida e revolução passiva**. In *Crítica Marxista* nº 15. Campinas: Boitempo Editorial, 2002.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. In: **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 369-379, mar/ago., 2005.

LOWY, M. **As aventuras de Karl Marx contra o barão de Munchhausen: marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento**. 2. ed. São Paulo: Busca Vida, 1987.

LUZ, M. T. **Medicina e ordem política brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1982.

_____. **Natural, racional, social** – razão médica e racionalidade científica moderna. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004a.

_____. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2004b.

LUKÁCS, G. **Os princípios ontológicos fundamentais de marx**. São Paulo: Ciências Humanas, 1979.

MACHADO, L. Mudanças tecnológicas e a educação da classe trabalhadora. In: **coletânea CBE**. Campinas: Papirus, 1994.

_____. A educação e os desafios das novas tecnologias. In FERRETI, C. J. et. al. **Tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

_____. **Capítulo VI inédito de o capital**: resultados do processo de produção imediata. São Paulo: Moraes, 1979.

_____. **Elementos fundamentales para la crítica de la economia política (Grundrisse) 1857-1858**. 10. ed. México: Siglo Veintiuno editores, 1985.

_____. **O Capital**: crítica de economia política. 18.ed. Livro I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. Volumes 1 e 2.

_____. **Manuscritos econômico-filosóficos**. Texto integral. São Paulo: Martin Claret, 2004.

_____. O 18 brumário de Luís Bonaparte. In: MARX & ENGELS. **Obras Escolhidas**. V1. São Paulo: Alfa-Ômega, pp. 199-285, s/d.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

MELO NETO, J. C. **Serial e antes**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e história**: raízes sociais do trabalho médico. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP. Dissertação de mestrado, 1979.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MENDES-GONÇALVES, R. B.; SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L. B. (org) **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública**: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo. 2. ed. Campinas, SP: Papirus, 1987.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas no setor saúde. In: **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev., 2000.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando a gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MÉSZAROS, I. **Para além do capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

_____. A teoria da alienação em Marx. São Paulo: Boitempo, 2006.

MILLS, W. **A nova classe média**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. In: **Formação**, n.2, maio, 2001. MS – Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE.

_____. Formação técnica em saúde no contexto do SUS. In: **Formação**, n.5, maio, 2002. MS – Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE.

NEMES, M. I. B. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, L. B; NEMES, M. I. B; MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs). **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

NOGUEIRA, R. P. **Medicina interna e cirurgia**: a formação social da prática médica. Rio de Janeiro: UERJ - Instituto de Medicina Social. Tese de Mestrado, 1977.

_____. A força de trabalho em saúde. In: MÉDICE, A. C. (org.) **Textos de apoio: Planejamento I. Recursos humanos em saúde**. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ABRASCO, p. 13-18, 1987.

NUNES, E. D. A doença como processo social. In: CANESQUI, A. M. (org.) **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000.

OFFE, C. **Trabalho e sociedade**: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da “sociedade do trabalho”. Rio de Janeiro: Tempo Universitário, 1991.

ONOCKO CAMPOS, R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Tese de Doutorado, 1998.

_____. **Equipe multiprofissional de saúde**: conceito e tipologia. In: Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 35, nº1. Fev, 2001.

PEREIRA, F. M. **A inserção do psicólogo no hospital geral**: a construção de uma nova especialidade. Rio de Janeiro: Pós-Graduação em História das Ciências – Fundação Oswaldo Cruz. Dissertação de Mestrado, 2003.

PESSOA, F. **Poemas de Alberto Caeiro**: obra poética II. Porto Alegre, RS: L&PM, 2006.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CUT; Annablume, 1998.

POCHMAN, M. **A década dos mitos**: o novo modelo econômico e a crise do trabalho no Brasil. São Paulo: Contexto, 2001.

PONCE, A. **Educação e luta de classes**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1986.

POULANTZAS, N. **As classes sociais no capitalismo de hoje**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

_____. **O estado, o poder e o socialismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

REGIS DE MORAIS, J. F. **Construção social da enfermidade**. São Paulo: Cortez e Moraes, 1978.

RIBEIRO, J. M. e SCHRAIBER, L. B. A autonomia e o trabalho em medicina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10(2)a, p.190-199, abr/jun. 1994.

RIBEIRO, J. M; COSTA, N. R; SILVA, P. L. B. Políticas de saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 6, p. 61-84, fev., 2000.

ROCHA, J. S. Y. Trabalho médico e gestão da saúde. In: **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.4, n.6, p. 124-126, fev., 2000.

RODRIGUES, S. Sin hijo, ni arbol ni libro. In: **Mariposas**. Buenos Aires: Ojala (Cuba)/ Alfiz (Argentina), 1999.

ROMERO, D. **Marx e a técnica**: um estudo dos manuscritos de 1861-1863. São Paulo: Expressão Popular, 2005.

SÁ, N. P. O aprofundamento das relações capitalistas no interior da escola. In: **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, n. 57, p. 20-29, maio, 1986.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice**. Porto: Afrontamento, 1994.

SARTRE, J. P. **Crítica da razão dialética**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SAVIANI, D. O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias. In: FERRETI, C. J. et. al. **Novas tecnologias, trabalho e educação**: um debate multidisciplinar. Petrópolis, Vozes, 1994.

_____. **Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações**. 8. ed. Campinas: Autores Associados, 2003.

SCHRAIBER, L. B. **Educação médica e capitalismo**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 1989.

_____. (org) **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990.

_____. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11(1): 57-64, jan./mar. 1995.

_____. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. In: **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, n. 1, p. 123-140, ago., 1997.

SILVA, S. T. **A qualificação para o trabalho em Marx**. Curitiba, 2005. Tese (Doutorado em Economia) – setor de ciências sociais da Universidade Federal do Paraná.

SWEEZY, P. *et alii*. **A transição do feudalismo para o capitalismo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

VASCONCELOS, F. A. G. **O nutricionista no Brasil**: uma análise histórica. Revista de Nutrição, Campinas, v. 15, n. 2, mai/ago. 2002.

VÁZQUEZ, A.S. Unidade entre teoria e prática. In VÁZQUEZ, A.S. **Filosofia da práxis**. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.